Centre de santé et de services sociaux
des Basques

AGIR ENSEMBLE
EN SANTÉ!

11-12

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Centre de santé et de services sociaux
des Basques

AGIR ENSEMBLE
EN SANTÉ!

11-12

RAPPORT ANNUEL DE

CSSS DES BASQUES
550, rue Notre-Dame Est
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0
Téléphone : 418.851.1111
Télécopieur : 418.851.2050
www.csssbasques.qc.ca

Adopté par le conseil d'administration
Le 14 juin 2012

Production
Rédaction : Line Moisan et l'équipe de gestionnaires
Conception graphique et mise en page : Katleen Hélie
Révision : Line Moisan, Lina Barrette, Katleen Hélie

Édition
© Centre de santé et de services sociaux des Basques, 2012.

Ce document édité en quantité limitée est disponible en version électronique à l'adresse : www.csssbasques.qc.ca

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Dans cet ouvrage, la forme masculine n'est utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte sans intention de discrimination aucune.

#00 [table des matières]

#01 [message du président du conseil d'administration et de la directrice générale] 7

#02 [lettre au ministre] 10

#03 [déclaration de fiabilité] 11

#04 [conseil d'administration et ses comités] 12

#05 [présentation de l'établissement] 14

#06 [CSSS des Basques en un coup d'œil] 17

#07 [plan d'organisation de services et d'encadrement au 31 mars 2012] 36

#08 [rapport des vérificateurs externes] 37

#10 [rapport du commissaire aux plaintes et à la qualité des services] 41

#11 [rapport annuel du médecin examinateur] 43

#12 [rapport du comité de révision] 45

#13 [rapport du comité de vigilance et de la qualité des services] 46

#14 [rapport du comité des usagers et des comités des résidents] 47

#15 [rapport du conseil de médecins, dentistes et pharmaciens] 50

#16 [rapport du département de médecine générale] 53

#17 [rapport du comité de pharmacologie] 56

#18 [rapport du comité de révision de l'acte médical] 57

#19 [rapport du conseil des infirmières et infirmiers (CII)] .. 58

#20 [rapport du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)] 60

#21 [rapport du Conseil multidisciplinaire (CM)] 62

#22 [rapport du comité de gestion des risques et de la qualité] 64

#24 [rapport de la Fondation du RSSS des Basques] 69

#26 [liste des acronymes] 74

#27 [cible de reddition 2011-2012 - Loi 100] 75
#29 [ressources humaines de l'établissement] 78
#30 [annexes] 79

#01 [message du président du conseil d'administration et de la directrice générale]

Cette année s'est déroulée sous le signe d'une transformation majeure de notre offre de services aux personnes âgées. Deux grands chantiers se sont tenus simultanément par une réorganisation des services d'hébergement et par l'optimisation des soins à domicile.

Nous reconnaissons avoir sollicité la compréhension et la collaboration de l'ensemble des gestionnaires, des médecins et du personnel à prendre un virage inspiré par la politique de « Chez soi : le premier choix ».

Le conseil d'administration adoptait en juin 2011, le plan de mise en œuvre d'un continuum PALV renouvelé. La fermeture des 26 lits à la Villa Dubé faisait partie des éléments contenus au plan. La cession du bâtiment s'est également opérée en juin 2011. Dès ce moment, des membres actifs de la communauté de Saint-Jean-de-Dieu ont déployé beaucoup d'énergie pour bâtir un plan d'affaires pouvant assurer la pérennité de la Villa Dubé par une transformation de sa mission. Ce plan d'affaires est maintenant déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Considérant l'accueil des résidents et du personnel en provenance de la Villa Dubé, une réorganisation du travail au CHSLD de Trois-Pistoles s'imposait. Un comité de standardisation des pratiques est animé pour aplanir les irritants et évaluer les voies de passage. Une révision des rôles et des responsabilités s'actualise présentement dans une optique d'une approche en milieu de vie.

Le CSSS des Basques est à l'écoute de la population qui souhaite vieillir à domicile. Dans cette perspective, nous avons amorcé une révision des pratiques actuelles qui ont cours dans l'équipe des soins à domicile. L'objectif pour la prochaine année est de transférer deux heures de temps indirect en temps direct auprès de la clientèle. Un comité de travail interdisciplinaire a été mis en place pour revoir l'ensemble des processus.

Le CSSS des Basques a donné suite aux recommandations émises par Agrément Canada contenues au plan d'amélioration.

Deux recommandations demandaient des ajustements : revoir les doses d'héparine présentes dans tous les secteurs de soins et la gestion de nos équipements biomédicaux.

La Loi 100 est venue remettre en question nos façons de faire. Nous croyons qu'elle nous a poussés à faire preuve d'innovation et de créativité. Depuis janvier 2012, nous partageons la même direction des ressources humaines que le CSSS de Témiscouata. Une économie financière et un gain d'efficience!

Il va sans dire que nous continuerons à regarder les opportunités qui se présentent à nous pour préserver l'offre de service à la population des Basques.

C'est avec soulagement que nous avons constaté qu'en date du 31 mars 2012, le CSSS des Basques terminait en équilibre financier. La base budgétaire a été revue, des mécanismes de contrôle présents à toutes les périodes font en sorte que le processus de gestion budgétaire est plus robuste.

Comme tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, le conseil d'administration s'est renouvelé au 1er février 2012. Par le rapport annuel, nous remercions et reconnaissons le courage, la détermination et l'engagement des membres sortants :

Monsieur Gaston Bastille
Monsieur Roberto Dionne
Monsieur Raynald Rioux
Docteur Claude Robillard
Madame Louise Gauvin
Madame Anny Ouellet
Madame Martine R. Aubut
Madame Andrée Michaud
Madame Louise Morin
Madame Lise Roy

Nouveau à la présidence, monsieur Réal McNicoll, souhaite de la part des membres actuels du conseil d'administration un réel travail d'équipe, une cohésion et une franche camaraderie dans les défis et enjeux du CSSS des Basques pour les années futures.

Le président du conseil d'administration

La directrice générale

#02 [lettre au ministre]

Le 15 juin 2012

Monsieur Yves Bolduc
Ministre
Ministère de la Santé et des Services
sociaux du Québec
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15e étage
Québec (QC) G1S 2M1

Objet : Rapport annuel de gestion 2011-2012

Monsieur le Ministre,

En ma qualité de président du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Basques, il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel des activités de notre établissement pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2012.

L'actuel document reflète fidèlement l'ensemble des activités du Centre de santé et de services sociaux des Basques pour l'exercice écoulé.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le président du conseil d'administration,

Réal McNicoll

#03 [déclaration de fiabilité]

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2011-2012 du CSSS des Basques, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

La directrice générale,

Line Moisan

#04 [conseil d'administration et ses comités]

Monsieur Réal MCNICOLL, président — *Remplaçant Monsieur Roberto Dionne*
Madame Suzette OUELLET, vice-présidente — *Remplaçant Madame Martine R. Aubut*
Monsieur Aubin LARRIVÉE, secrétaire — *Remplaçant Madame Anny Ouellet*

Membres sortants :

Monsieur Gaston Bastille
Monsieur Roberto Dionne
Monsieur Raynald Rioux
Docteur Claude Robillard
Madame Louise Gauvin
Madame Anny Ouellet
Madame Martine R. Aubut
Madame Andrée Michaud
Madame Louise Morin
Madame Lise Roy

Membres en poste au 1er février 2012 :

Monsieur Jean-Pierre APRIL
Monsieur Alain BÉLANGER
Madame Johanne BÉLANGER
Madame Lise BÉLANGER
Madame Julie BOUCHER
Madame Cindy CARON
Docteure Annie CHARBONNEAU
Monsieur Carl CHARRON
Madame Thérèse GAGNON
Monsieur Aubin LARRIVÉE
Madame Diane LEPAGE
Monsieur Réal MCNICOLL
Monsieur Clément OUELLET
Madame Suzette OUELLET
Monsieur Raoul RIOUX
Madame Nicole SIROIS
Monsieur Pierre TREMBLAY

Monsieur Réal MCNICOLL
Monsieur Pierre TREMBLAY
Monsieur Jean-Pierre APRIL

Madame Julie BOUCHER, présidente
Docteure Danielle CADRIN
Docteure Céline BORDELEAU
Docteur Éric LAVOIE, substitut

Madame Nicole SIROIS
Madame Lise BÉLANGER
Monsieur Alain BÉLANGER

Monsieur Réal MCNICOLL
Madame Suzette OUELLET
Madame Nicole SIROIS

Monsieur Carl CHARRON
Monsieur Réal MCNICOLL
Madame Suzette OUELLET
Madame Johanne BÉLANGER, membre ad hoc

Madame Line MOISAN, directrice générale
Docteur Simon DELISLE, directeur des services professionnels
Madame Luce LEPAGE, directrice des services communautaires par intérim
Monsieur Dominique ROBERGE, chef de service du programme en santé physique
Madame Mélanie THIVIERGE, conseillère en évaluation de la qualité des soins
Madame Élizabeth LAVOIE, chef de service Continuum PALV
Monsieur Mikaël GAUVIN, chef de service - Enfance - Jeunesse - Famille et Adulte santé mentale par intérim
Monsieur Serge JACQUES, conseiller aux ressources matérielles jusqu'en janvier 2012
Remplacé par madame Andrée MICHAUD
Madame Claudia MERCIER, conseillère aux services administratifs et à la performance
Madame Nathalie DUMONT, directrice des soins infirmiers jusqu'en janvier 2012

#05 [présentation de l'établissement]

Le Centre de santé et de services sociaux des Basques offre des services intégrés, sécuritaires, de qualité visant à promouvoir, à maintenir, à améliorer et à rétablir la santé et le bien-être de la population de même que l'accompagnement en fin de vie.

Par son écoute des besoins de sa population, le Centre de santé et de services sociaux des Basques définit son offre de service. Celle-ci se traduit par une offre de service de santé et de services sociaux de première ligne, accessibles, continus et personnalisés.

Afin de réaliser sa mission, le Centre de santé et de services sociaux des Basques :

- Agit en interdisciplinarité et coordonne, avec les partenaires, la continuité des services en y associant les usagers des services et la population
- Supporte le développement des milieux de vie et assure une proximité des services
- Soutient des activités d'enseignement et de recherche en collaboration avec l'Université Laval notamment avec l'Unité de médecine familiale (UMF) et le Groupe de médecine de famille (GMF).

Tenant compte des besoins d'une population vieillissante qui réside sur le territoire des Basques, le Centre de santé et de services sociaux des Basques entend être une organisation avant-gardiste qui contribue, avec l'ensemble de ses partenaires, à une approche préventive intégrée tout en offrant des services de santé et des services sociaux adaptés, accessibles, continus et de qualité.

D'ici 2013, le Centre de santé et de services sociaux des Basques s'appuie sur l'engagement, les pratiques novatrices et l'entraide entre le personnel, les gestionnaires, les médecins et les bénévoles pour l'atteinte d'une meilleure santé et du mieux-être de la population.

Le Centre de santé des Basques a retenu quatre grandes valeurs à mettre en application dans ses relations tant avec la population, les usagers, les partenaires qu'au sein de l'organisation. Ces quatre grandes valeurs sont chapeautées par un élément crucial dans la prestation des services

La qualité pouvant sommairement être définie comme étant le bon service, au bon usager, par le bon intervenant, et ce, au meilleur coût possible.

Le respect se démontre par des attitudes, des comportements et des approches telles que l'ouverture, l'écoute, l'empathie et la disponibilité envers l'autre. Qu'il s'agisse des personnes ou des installations, il privilégie le savoir-être et la dignité de la personne.

Au quotidien, le respect se traduit par :

- Dire « bonjour » et arborer un sourire en arrivant sur notre lieu de travail
- Être à l'écoute, discret, disponible et ponctuel
- Assurer la confidentialité des informations recueillies dans le cadre de l'exercice de nos fonctions (éviter les discussions de corridor notamment)
- Préciser et respecter ses engagements (retour d'appels, rendez-vous, attente, etc.)
- Préserver, en tout temps, l'intimité et la dignité des personnes
- Reconnaître les droits des individus, de la communauté et leur contribution
- Faire preuve de professionnalisme, notamment par une tenue vestimentaire décente
- Utiliser un langage poli en faisant usage du vouvoiement à l'égard des usagers. Le langage doit aussi être exempt de propos vexatoires, de menaces, de harcèlement, de chantage ou de gestes déplacés visant l'individu ou sa vie privée
- Dire les choses à la bonne personne, de la bonne façon et au bon moment
- Reconnaître l'apport, l'expérience et l'expertise de nos partenaires dans l'amélioration de la santé et du mieux-être des individus et des collectivités.

L'interdisciplinarité se construit sur une relation de confiance où l'engagement et l'apport de l'autre visent à atteindre un but commun. Élément incontournable du travail en équipe, l'interdisciplinarité implique le développement d'une vision commune, le partage d'informations, de connaissances, d'expériences et le soutien mutuel.

Au quotidien, l'interdisciplinarité se traduit par :

- Mettre à contribution les expériences, les connaissances et les expertises des individus et de la communauté
- Engager les individus et la communauté dans la prise de décision, dans l'élaboration et l'atteinte des objectifs
- S'assurer de la compréhension des informations transmises
- Favoriser le développement d'environnement où la confiance, le soutien et l'entraide prédominent
- Privilégier le consensus de la prise de décision en étant solidaire des décisions retenues.

La compétence met l'accent sur la maîtrise des savoirs, notamment par l'acquisition des connaissances, le développement des habiletés et des bonnes attitudes, le recours aux données et aux pratiques probantes et finalement, la créativité. Elle incite les personnes et les équipes à se questionner, dans un souci de qualité, de rigueur et de satisfaction des besoins de la population.

Au quotidien, la compétence se traduit par :

- Reconnaître et valoriser les personnes dans leurs capacités, leurs habiletés, leurs expériences, leurs connaissances et leurs expertises
- Encourager et partager les idées novatrices

- Offrir des services et des actions communautaires pertinentes, sécuritaires et de qualité
- Contribuer au renforcement du pouvoir d'agir individuellement et collectivement
- Identifier ses limites en référant et prenant des moyens pour mettre à jour ses compétences afin de prévenir des accidents
- Favoriser la formation, le partage des réflexions et des connaissances, le développement de savoirs répondant aux besoins de l'organisation
- Reconnaître et valoriser la contribution des individus à l'atteinte des objectifs de qualité et de productivité
- Favoriser entre partenaires le développement réciproque de nos compétences.

Le plaisir au travail implique une adéquation qui se transpose sur plusieurs éléments reliés à la philosophie de gestion des ressources humaines. Parce qu'on passe plusieurs heures par semaine dans notre milieu de travail, parce que notre travail occupe une part importante de nos activités, il est important pour maintenir notre équilibre d'en retirer de la satisfaction et du plaisir. Il faut se souvenir que la satisfaction au travail entraîne bien souvent la satisfaction dans la vie personnelle!

Au quotidien, le plaisir au travail se traduit par :

- Avoir le sentiment de pouvoir organiser et entreprendre des tâches par soi-même pour en arriver au résultat attendu
- Démontrer sa compétence et se lancer des défis. Il est agréable de vaquer à des tâches qui mobilisent notre attention à un point tel que nous ne voyons pas le temps passer
- Reconnaître les bons coups que nous effectuons au travail. Chacun doit reconnaître les qualités et les réalisations de ses collègues de travail. La reconnaissance n'appartient pas seulement au supérieur immédiat! Nous devons semer le plaisir dans notre milieu de travail et ainsi favoriser une culture où le travail bien fait est valorisé
- Utiliser l'humour pour dédramatiser des situations délicates
- S'entourer de gens respectueux et stimulants
- Donner un sens à son travail. Sentir que l'on participe à la mission de l'organisation
- Chaque poste contribue au fonctionnement de l'organisation
- Échanger avec nos collègues, apporter une gâterie faite maison pour le dessert ou pour la pause, prendre une marche sur l'heure du lunch : les façons d'insuffler une bonne dose de plaisir dans notre journée sont nombreuses, alors pourquoi ne pas les multiplier ?

#06 [CSSS des Basques en un coup d'œil]

Territoire de la MRC des Basques
11 municipalités, population : 9 052 citoyens*

Siège social
550, rue Notre-Dame Est
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0

Point de service
20, rue de la Villa
Saint-Jean-de-Dieu (Québec) G0L 3M0

Point de chute
25, rue Saint-Pierre
Saint-Clément (Québec) G0L 2N0

Lits dressés
Longue durée (Centre d'hébergement CHSLD Trois-Pistoles : 60 lits)

Ressources d'hébergement dans la communauté
15 installations, total de 260 places en privé
34 places R.I.

Ressources humaines
244 employés
14 membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
24 bénévoles

En réseau avec 88 partenaires du milieu communautaire, scolaire et municipal

*Source : *Fiche sociosanitaire, RLS des Basques*, Équipe de Surveillance et infocentre, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, mars 2012.

[1] ACTUALISER LES PROJETS CLINIQUES

Durant l'année 2011-2012, nous avons principalement travaillé à préciser la gouvernance du projet clinique du réseau local de santé (RLS).

Plusieurs rencontres se sont tenues avec nos partenaires du CLD des Basques, de la MRC, des groupes communautaires et de COSMOSS afin d'échanger et de trouver des solutions.

Lors de la grande assemblée des partenaires qui s'est tenue le 20 octobre 2011, plus de 50 personnes se sont réunies pour faire le point sur le travail de concertation dans les Basques ainsi que pour discuter de la meilleure façon d'harmoniser les différentes tables de concertation, projet clinique, commission sociale et communautaire d'Écosociété ainsi que le comité local de coordination de COSMOSS.

Les participants ont appuyé l'idée que ces trois tables se réunissent afin d'éviter le dédoublement et de faire converger les énergies dans la recherche de solutions face aux besoins de notre population.

PRIORITÉS POUR L'ANNÉE 2012-2013

Pour 2012-2013, nous travaillerons à consolider notre nouveau modèle de concertation et de coordination, en plus de poursuivre le travail terrain via les tables-chantiers. Voici les dossiers prioritaires traités par ces tables :

> Pauvreté

> Support aux proches aidants

> Impact (consommation et vitesse lors de conduite automobile chez les jeunes)

> Saines habitudes de vie (0-17 ans)

> Ensemble pour la famille (entrée scolaire réussie)

> Prévention du suicide

> Violence conjugale et familiale

> Respirez-goûtez-bougez (promotion des SHV et prévention des maladies chroniques, 18 ans et plus)

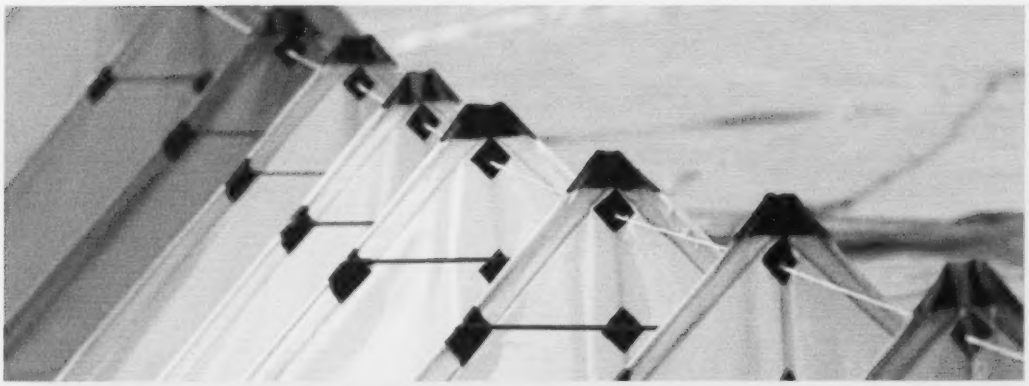
> Détresse psychologique 16-35 ans

> Travail de rue

> Transport intra et extra MRC

> Réunir-Réussir (réussite scolaire).

Nous devons mentionner que l'agent de liaison COSMOSS élargi, monsieur Maxime Boucher et l'orga-nisatrice communautaire du CSSS des Basques, madame Sonia Marchand, travaillent en tandem avec les partenaires et intervenants du CSSS des Basques afin d'améliorer la qualité de vie de la population des Basques et de leur offrir des services de qualité, facilement accessibles.



[2] OPTIMISER LES SERVICES ET LA PROGRAMMATION CLINIQUE

[3] AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

En 2011-2012, le Centre de santé et de services sociaux des Basques relevait le défi d'actualiser ses nouvelles orientations quant à la programmation clinique sous la trame de l'optimisation de ses services en tenant compte des trois axes suivants : l'accessibilité, la continuité et la qualité des services selon trois niveaux d'intervention : la prévention, les soins et le soutien.

Pendant la dernière année, l'équipe des maladies chroniques s'est dotée d'un plan d'action en onze points qui comprend notamment une meilleure coordination du travail clinique en lien avec les ententes de gestion locale et régionale, tout en se basant sur les meilleures pratiques en ce domaine. En assurant un suivi de l'usager vivant avec une maladie chronique, les intervenants collaborent au dépistage des maladies chroniques ainsi qu'à la promotion des saines habitudes de vie. Améliorer la collaboration interprofessionnelle et la référence est au cœur des objectifs pour la prochaine année.

D'autre part, l'équipe des maladies chroniques a élaboré le plan d'action locale en santé publique qui comprend la prévention et la promotion dans différents secteurs tels qu'en périnatalité, les saines habitudes de vie, la prévention des chutes, etc.

Dans une perspective d'efficience, une démarche « Lean management » a débuté au cours de l'année et permettra une révision des rôles et des responsabilités, de l'ensemble des processus applicables à ces secteurs. Cette démarche trouvera sa finalité en décembre 2012.

Considérant le délai d'attente et les insatisfactions exprimées par les usagers par le biais du mécanisme des plaintes, une réorganisation s'est réalisée au service des prélèvements tant dans les façons de faire que sur l'accessibilité des plages horaires offertes à la population. Nous offrons dorénavant des plages horaires pour les usagers à jeun (qui sont prioritaires en début de matinée) et une autre pour les usagers non à jeun.

Le département de pharmacie est en processus de regroupement de ses activités avec le CSSS de Rivière-du-Loup afin de partager les meilleures pratiques et assurer sa pérennité. Le service sera disponible sur un horaire plus étendu. Le projet SARDM sera mis en place au cours de la prochaine année pour améliorer la distribution des médicaments et diminuer les risques d'erreurs qui y sont associés.

Les travaux d'optimisation des soins à domicile nous permettent de consolider une clinique de soins courants avec rendez-vous. La clinique devrait être en place d'ici le mois de septembre 2012.

[4] METTRE EN ŒUVRE UN CONTINUUM PALV RENOUVELÉ

La mise en œuvre d'un véritable continuum de service PALV au CSSS des Basques a pris un réel envol cette année. La réflexion sur l'importance de bien consolider notre offre de service s'est réalisée à l'intérieur de plusieurs structures : au Consortium qui se voulait un comité stratégique qui regroupait la direction générale et l'ensemble des gestionnaires et aux comités de niveau tactique et opérationnel par la mise en place d'un comité d'implantation du soutien à domicile et par le comité de standardisation des pratiques à l'hébergement.

Ces comités ont traversé des étapes importantes pour favoriser l'amélioration de la prise en charge des clientèles vulnérables et la mise en œuvre d'un continuum renouvelé.

L'HÉBERGEMENT

La fermeture des 26 lits à la Villa Dubé le 24 août 2011 imposait une réorganisation des services à l'héber-gement et la mise en place d'une nouvelle structure de soins répondant à la norme ministérielle. Ainsi, le comité d'orientation et d'admission à l'hébergement revoyait son fonctionnement dans le but d'optimiser l'orientation des résidents vers la ressource qui répond le mieux aux besoins de ceux-ci. Pour supporter les activités de ce comité, une procédure d'accès à l'hébergement permanent et temporaire a été élaborée et adoptée par le conseil d'administration.

Soucieux de fournir une information pertinente aux résidents et à leurs familles, la pochette d'accueil en centre d'hébergement a été révisée et une autre pochette pour l'accueil d'un résident en ressource intermédiaire a, pour sa part, été élaborée.

Enfin, dans le plan de la transformation de la Villa Dubé, une ressource intermédiaire spécialisée pour accueillir une clientèle en perte de fonction cognitive est actuellement en préparation.

AUX SOINS À DOMICILE

Dans le cadre de la bonification des services de soutien à domicile, un cadre de référence, des procédures d'accès, de gestion de charge de cas et de gestion des plans d'intervention et de plan de service ont fait l'objet d'un travail rigoureux par le comité d'implantation des soins à domicile. Un comité d'organisation de services (COS) a été constitué dans le but de s'assurer que les demandes de services au soutien à domicile soient acheminées au bon intervenant, au bon service pour un suivi efficace, efficient et surtout pertinent. C'est dans cette perspective de collaboration que des rencontres d'équipes interdisciplinaires se tiennent sur une base hebdomadaire.

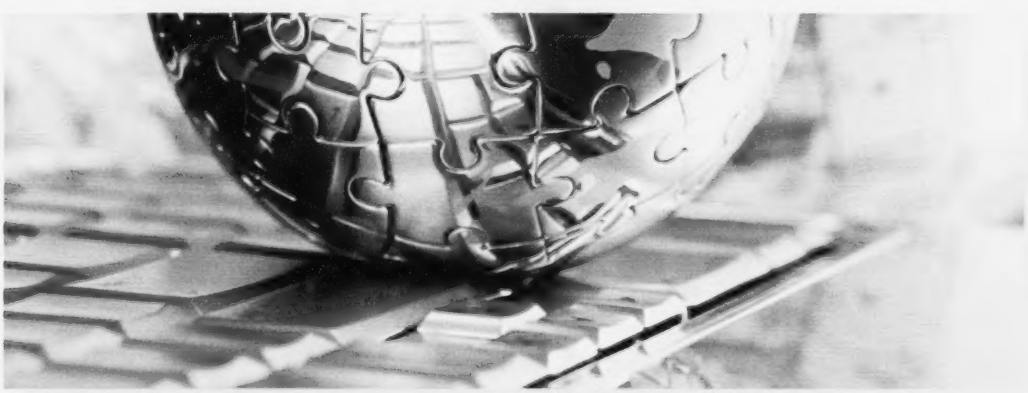
Pour répondre aux visées nationales et régionales, des travaux sont en cours actuellement avec le comité d'implantation pour trouver une voie de passage afin d'identifier des moyens réalistes pour augmenter les heures directes de service auprès des usagers. Différents moyens ont été mis en œuvre pour relever ce défi, notamment par une cartographie des services donnés et par une analyse temps/mouvement, et ce, grâce à la collaboration de tout le personnel.

Dans un souci de soutenir le personnel dans ce virage, des formations spécifiques ont été offertes à l'ensemble du personnel :

- Prévention des chutes
- Prévention des plaies de pression
- Bilan comparatif du médicament
- Suivis systématiques pour la clientèle diabétique et les maladies pulmonaires obstructives chroniques
- Formation AGIR auprès de la personne ayant des troubles cognitifs.
- Formation AGIR pour maintenir et améliorer l'autonomie
- Formation AGIR pour sécuriser.

[5] METTRE EN PLACE UN MÉCANISME D'ACCÈS PERTINENT, EFFICACE ET EFFICIENT

Le Centre de santé et de services sociaux des Basques ayant entrepris de nombreux chantiers en 2011-2012 dans l'organisation, il a été décidé de surseoir à cet objectif dont l'enjeu sera traité en toute priorité en 2012-2013 par la mise en place d'un guichet unique.



[6] ÉLABORER ET IMPLANTER UN PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES (PDRH)

Les Centres de santé et de services sociaux du Témiscouata et des Basques ont réalisé une réflexion qui a permis d'identifier des avenues pour atteindre une meilleure performance et une meilleure utilisation des ressources, notamment dans le secteur des ressources humaines.

Une démarche de regroupement des équipes des ressources humaines a été entreprise en janvier 2012 et ce, dans une perspective « gagnant-gagnant », où l'autonomie de chacun des établissements est respectée et mise de l'avant.

Un fort appui de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent s'est également fait sentir et a légitimé cette nouvelle façon de faire pour nos deux territoires respectifs.

De plus, les deux conseils d'administration se sont concertés pour étudier la possibilité de dispenser les services administratifs et économiser suffisamment pour répondre aux impératifs de la Loi 100 qui impose à l'ensemble des établissements du Québec une réduction des dépenses administratives de 10 % d'ici 2014. Cette économie nous permet, entre autres, de préserver notre offre de service à la population.

Les CSSS du Témiscouata et des Basques sont fiers de proposer cette solution par un nouveau positionnement de la fonction des ressources humaines au sein de nos organisations.

ACTION, tel est le mot qui a mené notre quotidien au CSSS des Basques. Cette action qui se déroulait à vitesse « grand V » puisque notre organisation a amorcé de grands changements qui étaient souhaités depuis longtemps : relocalisation du personnel de St-Jean-de-Dieu, application des différentes conventions collectives dans le contexte d'une fermeture d'un service, abolition de postes sont autant d'interventions où l'équipe des ressources humaines était engagée.

Pour bien soutenir tant les cadres que le personnel, différents moyens ont été déployés pour bien les supporter et les accompagner pour dans cette réorganisation d'envergure. Les moyens mis en œuvre sont : mise en place d'une ligne « Info-transfo », distribution de dépliants expliquant les étapes de deuil quand un changement survient au travail, formation des cadres sur la gestion du changement pour accompagner les équipes, accompagnement des équipes en difficultés par un psychologue industriel, etc.

PROGRAMME DE COACHING

Depuis ce printemps, l'ensemble des cadres participe au programme de coaching offert régionalement. En effet, tous les cadres de l'organisation participent de façon dynamique et en réciprocité avec leur coach. Ce coach provient d'une banque de « coachs » formée au niveau régional provenant d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

[7] DOTER L'ÉTABLISSEMENT D'UN PLAN DIRECTEUR CLINIQUE ET IMMOBILIER (PDCI)

Le CSSS des Basques identifiait comme étant prioritaire le fait de se doter d'un plan directeur clinique et immobilier (PDCI).

L'appel d'offres a été lancé à l'hiver 2012. Le choix de la firme s'est arrêté sur COSIOR.

Le point de départ de la démarche visant l'élaboration du PDCI s'est réalisé à partir de l'analyse de la situation clinique du CSSS des Basques contenue à l'intérieur de la planification stratégique 2010-2015.

L'analyse abordait les points suivants :

> Étude portant sur la démographie de notre région où le vieillissement est plus marqué qu'ailleurs

> Comparaison des besoins cliniques actuels par rapport aux services rendus par notre organisation

> Arrimage de la situation clinique avec les orientations ministérielles

> Évaluation des projets cliniques actuels en fonction des tendances et des meilleures pratiques

> Évaluation des besoins cliniques futurs sur une période de dix ans

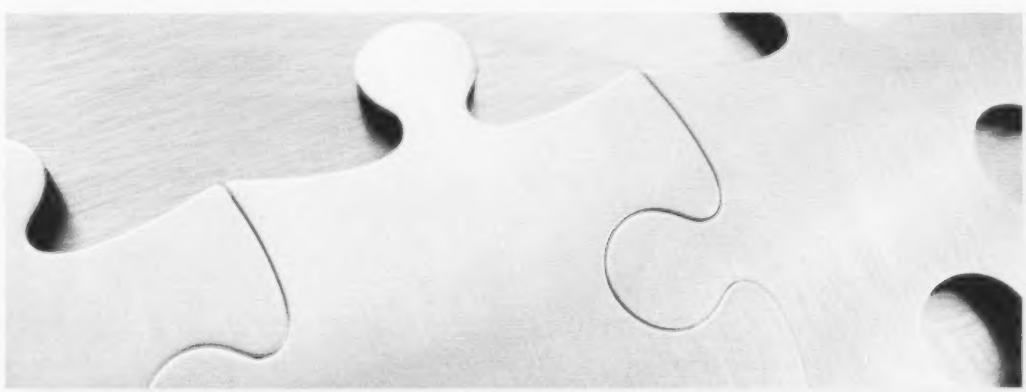
> Évaluation des ressources requises par l'organisation sur une période de dix ans

> Analyse de notre situation immobilière

> Niveau de vétusté et de sécurité de nos installations.

Des rencontres avec les équipes ont été réalisées par les représentants de la firme COSIOR afin de bien cerner les besoins de la clientèle, la programmation clinique, l'estimation des besoins immobiliers actuels et futurs en relation avec l'analyse de notre situation clinique, etc.

La firme COSIOR est présentement en cours d'élaboration des scénarios immobiliers en phase avec les résultats des études démographiques et cliniques. En juin 2012, nous serons en capacité de recommander l'implantation du scénario retenu, incluant la priorisation des modifications et la stratégie de mise en œuvre.



[8] OPTIMISER LES RESSOURCES FINANCIÈRES, SERVICES ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN

Tout au long de l'année, nous avons évalué toutes les opportunités pour atteindre l'équilibre budgétaire en mars 2012 et estimer le potentiel d'économies financières considérant la précarité financière du CSSS des Basques et des compressions budgétaires exigées par la Loi 100. Le résultat est tangible : le CSSS des Basques atteint l'équilibre budgétaire en 2011-2012.

Le comité stratégique mis en place en 2011 s'est réuni à trois reprises pour faire des recommandations au conseil d'administration sur les choix à faire pour assurer la pérennité du CSSS des Basques.

Ce comité est formé des membres du comité de vérification, de la directrice générale, du directeur des services professionnels, de la directrice des soins infirmiers, de la directrice des services communautaires par intérim, de la directrice des ressources humaines et de la conseillère aux services administratifs.

Plusieurs projets d'optimisation ont vu le jour au CSSS des Basques dans les secteurs suivants :

> CHSLD (par le projet de transformation de la Villa Dubé)

> Soins à domicile

> Pharmacie

> Direction des ressources humaines

> Services psychosociaux

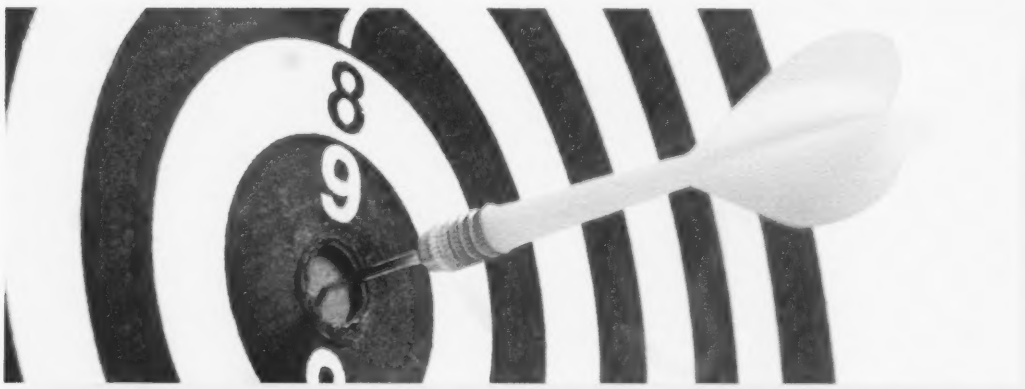
> Stationnement

> Entretien préventif des équipements médicaux

> Encadrement

> Archives et secrétariat.

De plus, il est intéressant de noter que trois de nos gestionnaires sont inscrits au programme de deuxième cycle offert par l'UQTR sur l'approche « Lean Management ».



[9] OPTIMISER LA GESTION DE L'INFORMATION ET MODERNISER LES SYSTEMES D'INFORMATION

Un service informatique qui favorise un meilleur continuum de services!

Les technologies de l'information sont de plus en plus présentes et essentielles à la prestation de nos services. Le CSSS des Basques assure l'entretien et l'évolution de plusieurs applications informatiques qui doivent être mises à jour continuellement pour tenir compte des modifications législatives, administratives, et ce, afin d'améliorer la prestation de services.

En lien avec les objectifs du secteur des ressources informationnelles, nous constatons qu'un travail colossal s'est réalisé au cours de la dernière année.

Le regroupement de la direction des ressources humaines avec le CSSS de Témiscouata est l'un des dossiers majeurs.

> Mise en place d'une infrastructure logicielle commune pour le service de la paie

> Établir un lien facile entre le CSSS des Basques et le CSSS de Témiscouata pour permettre le travail à distance des « employés itinérants » à l'aide d'une solution maison partagée avec le Technocentre

> Mise en place de dossiers de partage de données entre les deux établissements

> Mise en place d'une connexion à l'intention des employés visés par le regroupement des ressources humaines avec l'application « Sametime » dans le but d'une messagerie instantanée et ainsi pouvoir générer des économies sur le temps de déplacement et les frais d'interurbain

> Arrimer les procédures de gestion des comptes et attribution des droits d'accès.

> Mise en place de la clinique médicale virtuelle

> Préparer tous les ordinateurs du groupe de médecine familiale

> Installer des imprimantes pour chacun des intervenants

> Planifier les prochaines étapes : numérisation, mobilité, etc.

> Rehausser l'infrastructure PACS

> Implanter un nouveau serveur fourni par AGFA (Connectivity Manager)

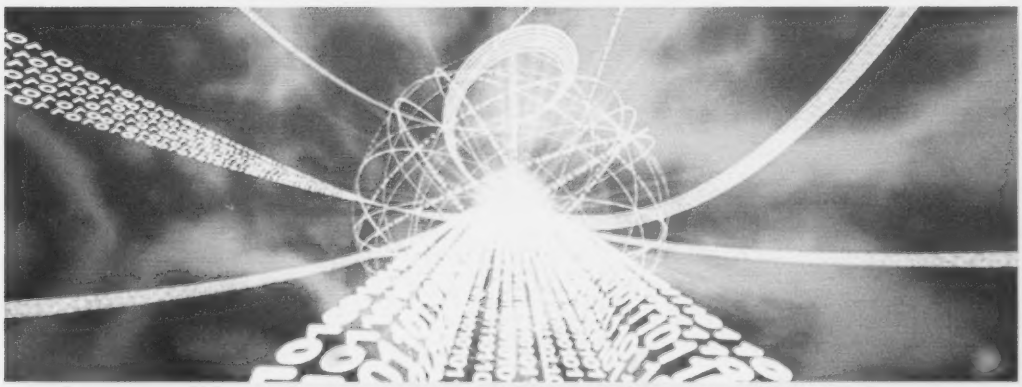
> Modifier la configuration des équipements de radiologie pour l'utilisation du nouveau serveur

> Débuter la préparation en vue de migrer vers la version 6.5 du logiciel AGFA.

> Tous les cellulaires ont été rehaussés

- Changement des contrats existants pour se joindre au CSRE et ainsi réduire les coûts d'utilisation de façon significative
- Fournir un téléphone synchronisé de la SOGIQUE à tous les gestionnaires
- Réduire de façon significative le parc de téléavertisseurs en évaluant les besoins réels des détenteurs et en retraçant ceux égarés ou inutilisés.
- Adoption d'une politique d'attribution des comptes utilisateurs et des droits d'accès
- Implantation d'un registre des détenteurs de clés
- Mise à jour des détenteurs des actifs et sensibilisation sur les rôles et responsabilités
- Début de la mise à jour de la catégorisation des actifs informationnels
- Adoption d'une politique sur les médias sociaux.

- Déménagement de tous les intervenants au rez-de-chaussée et installation des ordinateurs, imprimantes et réorganisation du réseau informatique
- Réduction du nombre d'ordinateurs et téléphones nécessaires.
- Début de migration vers Office 2010
- Planification du plan de rehaussement des serveurs
- Aide à la planification de SYPHAC.



[10] DOTER L'ÉTABLISSEMENT D'UN PLAN DE MESURES D'URGENCE

L'établissement adhère à l'importance de mettre en place un plan de mesures d'urgence et un autre sur la sécurité civile conformes au cadre applicable en santé et services sociaux pour atténuer les risques au niveau de la sécurité auprès des usagers et du personnel, ainsi que des biens et des intérêts du CSSS des Basques. Ces deux plans ont été travaillés par le comité sur les mesures d'urgence et seront diffusés sous peu.

Outre l'élaboration des plans de mesures d'urgence et de sécurité civile, d'autres activités ont eu cours en lien avec cet aspect de la sécurité :

> Rencontre à deux reprises du comité des mesures d'urgence

> Exercice des codes de couleurs

> Mise en place des plans d'évacuation dans tous les secteurs névralgiques de l'organisation

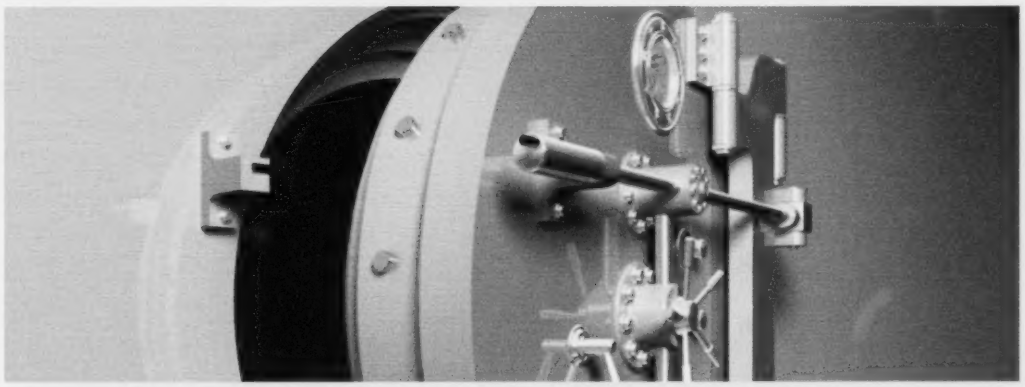
> Visite annuelle des pompiers à nos installations de Trois-Pistoles et Saint-Jean-de-Dieu

> Exercice d'évacuation au CHSLD de Trois-Pistoles.

> Formation et diffusion des plans de mesures d'urgence

> Formation et diffusion du plan de sécurité civile

> Implantation du PDCI



[11] METTRE EN ŒUVRE UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET CONTINUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

La démarche d'amélioration continue de la qualité est présente dans tous les comités mis en œuvre dans notre organisation. Le comité de vigilance et de la qualité, le comité des usagers, les instances professionnelles, par exemple supportent l'organisation dans sa quête de l'excellence.

Au CSSS des Basques, nous considérons le capital humain dans le pilotage des changements à vivre et dans notre capacité d'adaptation organisationnelle. C'est pourquoi nous avons mis en place différents comités où le personnel et les gestionnaires participent ensemble à trouver des voies de passage pour actualiser les différentes normes auxquelles le CSSS des Basques souscrit. De plus, les instances professionnelles ont été consultées plus d'une fois sur différentes politiques, cadres de référence et sans leur collaboration, la démarche qualité ne serait pas ce qu'elle est dans notre organisation.

Le travail d'équipe est l'une des prémisses de la gestion de la qualité. Voici, et ce, de façon non exhaustive, les comités mis en place qui concrétisent notre foi dans le capital humain de notre organisation :

> Consortium PALV

> Comité d'implantation des soins à domicile

> Comité de standardisation des pratiques

> Comité d'implantation du plan d'orga-nisation

> Comité de gestion des risques

> Comité de pharmacologie

> Comité sur les mesures d'urgence

> Comité sur la sécurité des actifs informationnels

> Comité de coordination UMF

> Comité d'organisation des services

> Etc.

La démarche d'agrément a suivi son cours. L'implantation du bilan comparatif du médicament est bien amorcée dans tous les secteurs de soins. Les services partagés de l'équipe des ressources humaines apportent une valeur ajoutée aux conseillers puisque leurs tâches sont davantage spécifiques et amènent un facteur d'efficience supérieur. L'entretien préventif des équipements médicaux fait l'objet d'un projet de partenariat entre les quatre établissements du KRTB. Un projet de distribution des médicaments par l'implan-tation de SARDM se concrétise rapidement. Une première phase devrait voir le jour en octobre et une autre en mars 2013. Ces projets ne sont que quelques exemples de la détermination du CSSS des Basques de promouvoir l'utilisation des meilleures pratiques.

Pour terminer, l'amélioration continue de la qualité se transforme progressivement par l'arrivée du « Lean management » dans notre organisation. L'approche de l'assurance qualité basée sur la révision des processus est au cœur de la philosophie de gestion et des valeurs organisationnelles du CSSS des Basques. Le modèle intégrateur des différentes dimensions de la qualité (qualité voulue, attendue, perçue et rendue) permet à l'ensemble de nos artisans de saisir les exigences de la qualité de la pratique tant sur le plan clinique qu'administratif.

[12] AJUSTER LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DANS UNE OPTIQUE D'EFFICIENCE

[13] ACTUALISER LA MISSION, LA VISION ET LES VALEURS

Le nouveau plan d'organisation du CSSS des Basques était adopté par le conseil d'administration le 21 avril 2011. Dès lors, un comité de travail sur l'implantation du nouveau plan était mis en place. Il est composé par des représentants des instances professionnelles et des gestionnaires. Une dynamique intéressante et de réciprocité se dégage de ce comité.

Dans un premier temps, le comité a fait une appropriation des prémisses qui ont mené à l'élaboration du plan. De cette démarche est issu un plan d'action qui visait notamment de faire vivre les valeurs organisationnelles et la reddition de comptes qui semblait obscure pour plusieurs.

Du plan d'action, nous avons bâti un plan de communication pour valoriser les comportements en lien avec les valeurs organisationnelles. Un psycho-test sur les valeurs a été distribué, nos valeurs sont maintenant inscrites dans toutes les publications de notre journal interne. D'autres activités sont en préparation.
La reddition de compte a fait l'objet de plusieurs discussions. Le personnel se sent peu concerné et peu de suivi est effectué auprès de l'ensemble des intervenants en cours d'année pour démontrer l'atteinte ou non des cibles données par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent. Pourtant, il s'agit d'une pierre angulaire importante dans le financement accordé.

D'un commun accord, le comité a décidé de mettre en place le GRAND BABILLARD à la salle à café du personnel. Ce babillard indique les cibles à atteindre, les résultats obtenus, et ce, à chacune des périodes. Ce tableau vient renforcer notre adhésion à l'approche « Lean Management ».

[14] DÉFINIR LA FONCTION « COMMUNICATIONS » AU CSSS DES BASQUES

La seconde année d'implantation d'une culture de communication au CSSS des Basques aura été marquée par la création des différents outils notamment :

> Dépliants tels *Maladies chroniques, Conseils pratiques à l'attention des usagers et de leur famille*

> Affiches d'informations sur des horaires de services

> Visuel graphique sur le projet clinique présenté aux partenaires

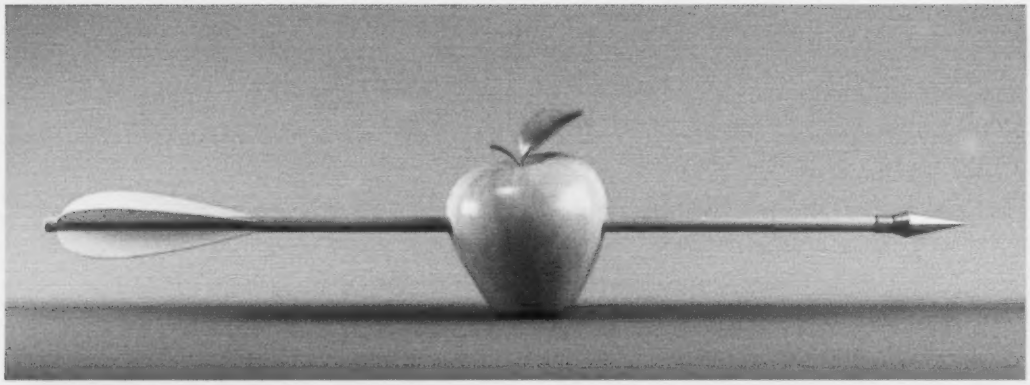
De plus, le service des communications a soutenu le déploiement de la nouvelle structure du service des ressources humaines. L'arrimage des Centres de santé et de services sociaux des Basques et de Témiscouata à cet égard aura nécessité une bonne stratégie de communication afin d'assurer le soutien nécessaire à chaque membre de l'organisation. D'autres initiatives, dont un dépliant sous forme de *Qui fait quoi* sera distribué dans les prochains mois.

AGIR ENSEMBLE EN SANTÉ!

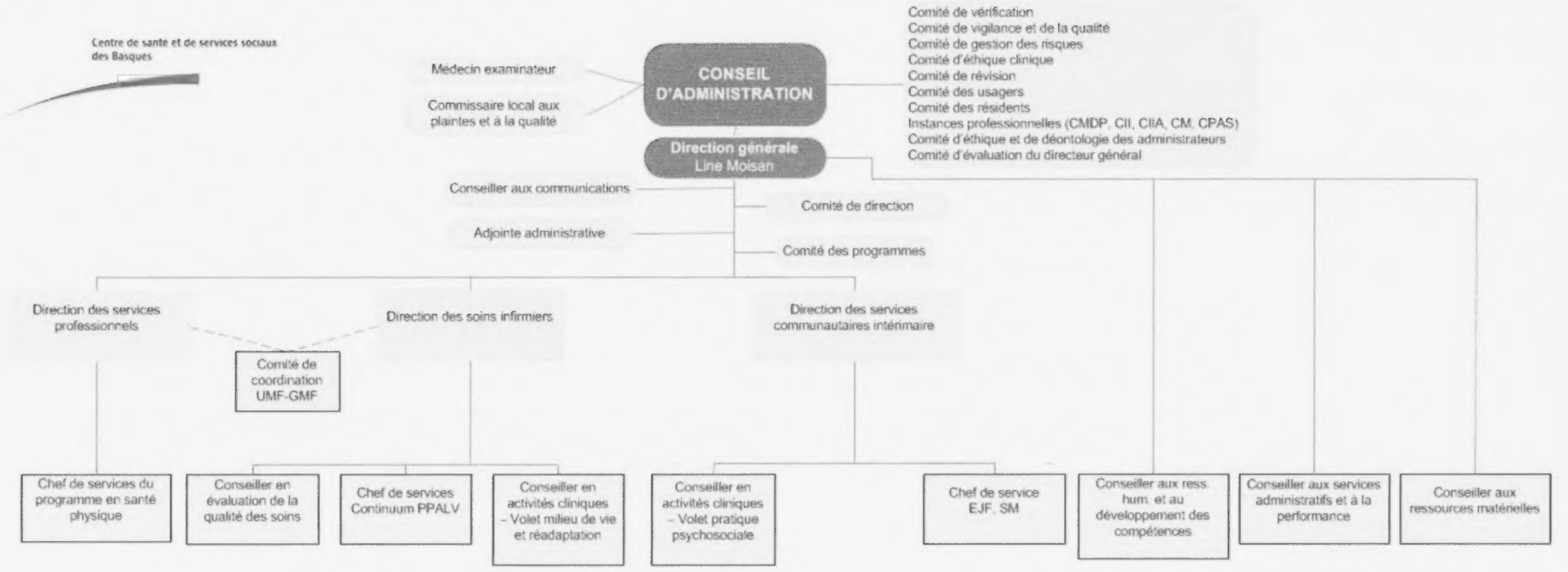
Depuis quelques mois déjà, le comité d'implantation du plan d'organisation a travaillé sur *Le grand babillard*. Ce projet novateur est déjà implanté et nous verrons à en faire l'évaluation. Il s'agit d'un babillard d'informations permettant à tous d'avoir l'heure juste sur les objectifs organisationnels et sur les façons d'y arriver. C'est un pas de plus vers l'atteinte et le maintien de niveaux de performances enviables.

Le service des communications table présentement sur divers projets, dont une politique d'affichage et un projet « Qwick Win » qui nous permettra d'optimiser nos communications afin de libérer du temps de proximité. Ainsi, le personnel d'encadrement aurait plus de temps à consacrer à leurs équipes.

Enfin, les différents services sont maintenant conscients de l'importance de bien communiquer et font appel régulièrement à leur agent de communication, ne serait-ce que pour obtenir un conseil bien avisé. Voilà un résultat probant et fort stimulant pour l'équipe des communications.



#07 [plan d'organisation de services et d'encadrement au 31 mars 2012]



Adopté par le conseil d'administration du CSSS des Basques le 21 avril 2011

#08 [rapport des vérificateurs externes]

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux des Basques

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre de santé et de services sociaux des Basques inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en oeuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserves.

Fondement de l'opinion avec réserves

Les contrats de location d'immeubles conclues entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation plutôt que comme une location-acquisition, conformément à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, «Immobilisations corporelles louées». Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les

états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les exercices précédents. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Opinion avec réserves

À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans les paragraphes de fondement de l'opinion avec réserves, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux des Basques au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé:

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses;

- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport annuel;

- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Nom de l'associé responsable: Linda Bossé, CPA auditeur, CA

Nom du vérificateur: Raymond Chabot Grant Thornton,S.E.N.C.R.L.
Adresse 813, rue Commerciale Nord
Témiscouata-sur-le-Lac (Québec)
G0L 1E0

Téléphone: (418) 854-2122 Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. 1
Le vérificateur

Télécopieur: (418) 854-0362 Date Le 14 juin 2012

#09 [états financiers et l'analyse des résultats des opérations]

ÉTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2012		
État des résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2012		
Activités principales	*2010-2011*	*2011-2012*
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux	13 792 591 $	14 224 483 $
Autres revenus	1 729 054 $	1 677 536 $
Total	15 521 645 $	15 902 019 $
Charges		
Salaires	7 995 785 $	7 696 580 $
Avantages sociaux	2 291 967 $	2 330 795 $
Charges sociales	1 281 169 $	1 271 842 $
Autres charges	4 269 175 $	4 160 164 $
Total	15 838 096 $	15 459 381 $
Surplus (déficit) - Activités principales	(316 523 $)*	
Revenus	462 453 $	426 821 $
Charges	454 525 $	426 821 $
Surplus (déficit) - Activités accessoires	7 928 $	-
TOTAL	**(308 523 $)**	**442 638 $**

ÉTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2012			
Bilan sommaire condensé au 31 mars 2012			
	Actif	*Passif*	*Solde de fonds*
Fonds d'exploitation	3 702 203 $	3 852 101 $	(149 898 $)
Fonds d'immobilisation	6 210 302 $	5 944 165 $	266 137 $
Autres fonds	N/A	N/A	N/A
2010-2011			
	Actif	*Passif*	*Solde de fonds*
Fonds d'exploitation	3 535 726 $	4 128 262 $	(592 536 $)
Fonds d'immobilisation	6 183 162 $	6 172 349 $	10 813 $
Autres fonds	N/A	N/A	N/A

#10 [rapport du commissaire aux plaintes et à la qualité des services]

Nombre total de plaintes déposées : 26
Nombre de plaintes transférées au médecin
examinateur : 4
Durée moyenne pour la conclusion d'une
plainte médicale : 60 jours

PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES

> Organisation des services en soins de longue durée

> Accessibilité aux prélèvements sanguins

> Pratique professionnelle en soins

> Durée d'attente à l'urgence.

AVIS ET RECOMMANDATIONS DU COMMISSAIRE AUX GESTIONNAIRES DANS UNE OPTIQUE D'AMÉLIORATION

> Avis à un membre du personnel infirmier de l'urgence afin d'utiliser le triage avec plus de rigueur

> Avis à un membre du personnel infirmier de l'urgence afin de rectifier certains comportements professionnels.

> Que l'appel des clients à la salle d'attente de l'urgence soit fait d'une façon audible et clair; en ce sens, sensibiliser le personnel et les médecins, bloquer l'interrupteur au maximum afin que le son soit bien entendu en tout temps

> Qu'une actualisation des principes du triage à l'urgence soit offerte à toutes les infirmières, et ce, d'une façon obligatoire

> Qu'un plan de communication au personnel et à la population concernant les nouvelles procédures pour l'accès aux prélèvements (laboratoire) soit mis en place

> Qu'une évaluation des compétences d'une infirmière aux prélèvements soit faite

> Que les professionnels soient avisés de l'importance d'établir une bonne communication avec les patients.

ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LA PROMOTION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

> Trois participations à des rencontres du comité des usagers

> Deux rencontres des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité du Bas-Saint-Laurent

> Une journée de formation avec une avocate sur la recevabilité d'une plainte

> Participation à une émission de télévision pour promouvoir le rôle des commissaires locaux aux plaintes pour la région ouest du Bas-Saint-Laurent.

#11 [rapport annuel du médecin examinateur]

Le mandat du médecin examinateur consiste à faire l'examen de plainte contre des médecins et pharmacien œuvrant au CSSS des Basques; celles-ci sont transmises par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité au médecin examinateur. Nous devons déterminer :

> Si elle doit être rejetée parce que frivole

> Si elle est rejetée ou confiée au comité de discipline du CMDP, si sujette à des sanctions

> Si le médecin accepte d'en faire l'étude en vue d'une conciliation entre les parties, le cas échéant. Si nécessaire, des recommandations seront acheminées aux professionnels et aux instances concernés.

PLAINTES REÇUES DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES

> Quatre plaintes ont été transmises en 2011-2012 par la commissaire locale aux plaintes dont trois concernaient des médecins et une seule visait un médecin-résident

> Une des quatre plaintes n'a pu être traitée, les plaignants n'ayant pas répondu à notre demande de rencontre ou de communication téléphonique après plusieurs tentatives pour les joindre

> Nous avons pris soin de bien expliquer à la clientèle le système de triage à l'urgence pour éviter l'insatisfaction lors de l'attente.

CONCLUSION DU MÉDECIN EXAMINATEUR

En 2012-2013, nous voulons insister auprès des professionnels sur l'importance d'établir une bonne communication avec les patients. La plupart des plaintes proviennent de l'absence de cette condition.

Notre préoccupation première est d'assurer des soins et services de première qualité à notre clientèle. Dans ce sens, notre but n'est pas d'éliminer le maximum de plaintes, mais de nous pencher sur celles objectives et constructives qui nous permettront d'améliorer davantage nos services.

#12 [rapport du comité de révision]

Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision des plaintes médicales a pour fonction, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte, de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou de toute autre personne, par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

Ainsi, il y a eu une demande reçue pour révision concernant les médecins. Pour cette demande :

> Il y a eu quatre rencontres

> Le délai de soixante jours du traitement a été respecté

> Le motif de la plainte ayant fait l'objet d'une demande de révision à savoir la prise en charge d'un cas pédiatrique à l'urgence.

> Revoir les modalités de transfert des patients pédiatriques

> Informer les médecins des modalités de transfert

> Informer les médecins de la prise en charge des chocs toxiques à l'urgence.

> Veiller à réviser adéquatement les cas.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Louise GAUVIN, présidente jusqu'au 31 janvier 2012
Madame Julie BOUCHER, présidente depuis le 1er février 2012
Dre Céline BORDELEAU, administratrice
Dre Danielle CADRIN, administratrice
Dr Éric LAVOIE, administrateur substitut

#13 [rapport du comité de vigilance et de la qualité des services]

Le mandat général du comité de vigilance et de la qualité est de s'assurer que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Pour ce faire, entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2012, le comité de vigilance et de la qualité des services s'est réuni à trois reprises.

Les objectifs poursuivis par le comité de vigilance et de la qualité sont en lien avec la poursuite de la démarche d'agrément notamment sur le suivi de l'analyse prospective quant aux erreurs de médicaments et des chutes. Le tableau de bord maintenant utilisé permet de faire un suivi rigoureux des différentes recommandations. Enfin, la présence de la commissaire aux plaintes à toutes les rencontres du comité permet d'assurer un suivi quant aux recommandations pour améliorer nos services suite au dépôt d'une plainte.

Le comité de vigilance et de la qualité a été à même de constater que plusieurs politiques et règlements ont été mis en place pour répondre à une pratique standardisée et conforme aux normes édictées au chapitre des bonnes pratiques. Le comité a constaté tout au cours de l'année une diminution de 30 % des erreurs de médicaments et des actions posées pour appliquer la politique de contention. Le dossier des chutes reste une préoccupation importante.

Le dossier de la Villa Dubé a fait l'objet d'un suivi rigoureux de la part des membres du comité de vigilance. C'est pour cette raison que la directrice des soins infirmiers et la directrice générale ont présenté un plan visant à bien orchestrer le déménagement des résidents de la Villa Dubé vers le CHSLD de Trois-Pistoles et assurer leur sécurité. Le tout s'est réalisé sans heurt et aucune plainte de la part des résidents et des familles n'ont été formulées auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité.

La culture de déclaration prend de plus en plus forme. Le personnel souscrit à cette façon de faire en remplissant selon les règles le formulaire AH-223. La confiance est manifeste et la déclaration sert de levier pour apporter des améliorations tangibles lors de la prestation des soins et services.

Le comité de vigilance et de la qualité est soucieux de la transparence des événements qui surviennent au CSSS des Basques. C'est pour cette raison que la présidente fait un compte rendu au conseil d'administration des principales réalisations pour assurer la sécurité et la qualité des soins dans tous les secteurs d'activités.

Le comité de vigilance et de la qualité s'approprie de plus en plus son rôle de vigie quant à l'amélioration continue de la qualité des soins et services au sein de l'établissement. On peut affirmer sans ambages qu'il parvient à prendre le pouls de l'organisation par le tableau de bord mis en œuvre à l'automne 2011 et s'avère un gage d'efficacité dans le suivi des recommandations. De plus, il a accès à tous les rapports de visites des ordres professionnels ou des visites ministérielles ainsi qu'au plan d'action déposé.

D'ailleurs, les informations portées à l'intention de ce comité n'ont pas permis de mettre en évidence des situations à risque. Au contraire, les membres ont été à même de prendre connaissance de plusieurs données faisant état d'un niveau de satisfaction élevé face aux services. Les suivis qu'il a effectués quant aux recommandations portées à son attention démontraient que celles-ci ne demeuraient pas lettre morte et que des démarches étaient toujours entreprises par les directions concernées, ce qui demeure rassurant pour le comité de vigilance qui s'assure de la qualité des soins et des services auprès des usagers.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Nicole SIROIS, présidente
Madame Lise Bélanger, administratrice
Monsieur Alain BÉLANGER, administrateur
Madame Line MOISAN, membre d'office

#14 [rapport du comité des usagers et des comités des résidents]

Le mandat du comité des usagers s'inspire du libellé de la loi qui en précise les responsabilités :

> Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

> Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers

> Évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

> Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente

- Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections 1, 11 et 111 de chapitre 111 du titre 11 de la loi ou en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1)
- Administrer efficacement le budget qui lui est attribué par l'établissement
- Se doter d'un code d'éthique et collaborer à l'élaboration et à la mise en place du code d'éthique de l'établissement
- S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions
- Nommer deux personnes pour siéger sur le conseil d'administration de l'établissement dont l'une sera désignée par le conseil d'administration pour siéger sur le comité de vigilance et de la qualité de l'établissement.

Pour l'année 2011-2012, le comité des usagers s'est réuni à 7 reprises et tiendra son assemblée générale annuelle le 5 juin 2012.

Cette année le comité des usagers a déployé beaucoup d'énergie pour se faire connaître tant auprès de la population qu'à l'interne auprès des usagers et des résidents. Il a également travaillé à actualiser l'une des recommandations émises par Agrément Canada quant à l'évaluation de la satisfaction des usagers.

De plus, eu égard à la transformation de la Villa Dubé, le comité des usagers a procédé à la révision de ses statuts et règlements.

Dans un premier temps, le comité des usagers a organisé la venue du Théâtre Parminou qui a présenté une pièce traitant de la maltraitance chez les aînés. Une pièce qui a remporté un vif succès puisque plus de 250 personnes y ont assisté.

Les surplus budgétaires accumulés au cours des dernières années ont permis au comité des usagers, et ce, en collaboration avec les gestionnaires concernés, de procéder à l'achat de différents matériels pour favoriser la qualité de vie des résidents du CHSLD de Trois-Pistoles. Les achats sont les suivants : téléviseur, livres sur l'histoire de la MRC des Basques, murales, fauteuils gériatriques, etc.

Parmi les interventions visant l'amélioration des conditions de vie des usagers et la défense de leurs droits, le comité des usagers du CSSS des Basques est en communication depuis janvier 2012 avec le Conseil québécois d'agrément pour avoir des recommandations sur la meilleure façon d'aborder l'évaluation de la qualité.

Considérant les grands changements vécus par les résidents aptes hébergés en CHSLD et en ressources intermédiaires, il apparaissait qu'il y avait un momentum intéressant pour aller faire un sondage auprès de ceux-ci et des proches pour apprécier le degré de satisfaction. La démarche comprend deux étapes : un sondage par entretien direct avec les résidents et un sondage téléphonique réalisé auprès des proches. Ces sondages se dérouleront en avril et mai 2012 et nous sommes en attente des résultats aux fins d'analyse.

De plus, le président du comité des usagers participait à la visite d'évaluation ministérielle du CHSLD situé à Trois-Pistoles le 24 février dernier.

En collaboration avec la commissaire aux plaintes, une visite des résidents hébergés en ressources intermédiaires s'est réalisée en juin 2011.

Considérant la transformation majeure effectuée dans notre offre de service en hébergement, nous sommes à restructurer un comité des résidents au CHSLD de Trois-Pistoles.

MEMBRES DU COMITÉ

Monsieur Jean-Pierre APRIL, président
Madame Nicole SIROIS, secrétaire
Madame Nicole BEAULIEU, administratrice
Monsieur Beaudoin GAGNON, administrateur
Madame Thérèse MORISSETTE, administratrice
Madame Lucette OUELLET, administratrice
Madame Juette RIOUX, administratrice

#15 [rapport du conseil de médecins, dentistes et pharmaciens]

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS des Basques s'est réuni au cours de l'année 2011-2012 :

Trois assemblées ordinaires
Quatre assemblées du comité exécutif du CMDP
Deux assemblées du comité des titres
Une assemblée générale annuelle

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

> Adoption des modifications apportées à la politique 2010-10 portant sur l'émission et l'exécution des ordonnances

> Nouvelle estampe pour le bilan comparatif des départs

> Projet SARDM qui prévoit l'usage d'une emballeuse automatisée des médicaments

> Suivi du bilan comparatif de médicaments (BCM)

> Gestion des difficultés d'approvisionnement de médicaments injectables de la compagnie Sandoz

> Travaux prévus afin que le département des archives rencontre les normes de sécurité et d'efficacité

> Garde des infirmières pour escortes : un questionnement est soulevé sur la pertinence de conserver des gardes pour les escortes

> Affichage des indicateurs pour la reddition de compte afin de motiver et sensibiliser le personnel

> Gestion des difficultés rencontrées pour les remplacements au laboratoire

> Désignation d'un membre du CMDP au sein du conseil d'administration du CSSS des Basques

> Une attention particulière sera nécessaire lors des transferts des patients qui sont à l'unité 24/72 heures

> Étude des propositions pour l'accueil de nouveaux médecins au CSSSB

> Adoption de l'addenda aux règlements portant sur le transfert des patients

> Mention à la direction générale des problèmes de recrutement des ressources professionnelles

> Avis de recommandation pour la modification au contrat du Dr Nicolas Manzini

> Approbation du nouveau formulaire de prescriptions médicales

> Recommandation au comité exécutif et au CMDP des demandes de privilèges des docteurs Nicolas Manzini et Raphaël Streiff à titre de membres actifs

> Dépôt d'un avis favorable au comité exécutif et au CMDP pour la nomination de docteure Émilie Lavallée à titre de membre actif, et ce, jusqu'au 31 décembre 2012.

Outre les activités quotidiennes reliées à la gestion des ordonnances, à l'approvisionnement, à la distribution des médicaments et aux activités administratives et cliniques, les faits saillants 2011-2012 du département de la pharmacie sont les suivants :

> Dans le but de nous conformer à la norme sur la gestion des médicaments d'Agrément Canada, nous avons travaillé à appliquer les critères de conformité sur les doses d'héparine

> Nous avons procédé à une gestion rigoureuse des « stocks » en lien avec la rupture occasionnée par la compagnie Sandoz concernant plusieurs médicaments injectables essentiels. Diverses mesures alternatives ont été mises en place pour atténuer les impacts chez les usagers et chez les professionnels

> Des discussions ont eu lieu avec le CSSS de Rivière-du-Loup pour l'implantation de SARDM. Une première phase qui trouvera sa finalité en octobre 2012 fera en sorte que les médicaments pour les soins de longue durée seront livrés en sachets regroupés et identifiés au nom des résidents et distribués à l'aide des nouveaux chariots

> La deuxième phase du projet (mars 2013) se concrétisera par l'implantation de la numérisation des ordonnances et une validation à distance par le service de pharmacie du CSSS de Rivière-du-Loup sera réalisée. La distribution des médicaments au CSSS des Basques sera opérée par un cabinet automatisé décentralisé à l'urgence

DOSSIERS PRIORITAIRES POUR 2012-2013

Les membres du CMDP pour 2012-2013 entendent prioriser les dossiers suivants :

> Laboratoire

> Dictée numérique

> Mise en place et suivi de la clinique médicale virtuelle

> Informatisation des dossiers

> Recrutement médical.

MEMBRES DE L'EXÉCUTIF ET DU COMITÉ DES TITRES

Docteur Claude ROBILLARD, président
Docteur Jacinthe BORDELEAU, vice-présidente
Docteure Annie BOULIANNE, trésorière
Docteure Annie CHARBONNEAU, secrétaire
Docteur Simon DELISLE, directeur des services professionnels
Docteur Éric LAVOIE, officier
Madame Line MOISAN, directrice générale

MEMBRES RÉGULIERS DU CMDP

Docteur Denis BEAULIEU
Docteure Céline BORDELEAU
Docteure Jacinthe BORDELEAU
Docteure Danielle CADRIN
Docteure Annie CHARBONNEAU
Docteur Simon DELISLE
Docteur Éric LAVOIE
Docteur Nicolas MANZINI
Docteure Marjolaine NICOLAS
Docteure Lucie OUELLET

Docteur Claude ROBILLARD
Docteur Raphaël STREÏFF
Madame Julie BÉLANGER, pharmacienne

#16 [rapport du département de médecine générale]

Le nombre de réunions départementales pour la période du 1er avril 2011 au 31 mars 2012 ont été :

> Quatre assemblées régulières

> Une assemblée générale annuelle

> Renouvellement du GMF

- Le GMF a été renouvelé pour une convention de trois ans (2011-2014)
- Le budget de fonctionnement est conservé. Le GMF dispose de 5,12 équivalents temps plein médecins
- Il compte près de 6000 patients inscrits, dont 35 % vulnérables.

> Informatisation

- Début d'implantation de la clinique médicale virtuelle (CMV) avec réception des tests paracliniques et déploiement des fonctions administratives.

> Participation aux suivis systématiques et aux maladies chroniques

- Neuf ordonnances collectives alimentent l'interdisciplinarité et favorisent le suivi de la clientèle lourde
- Le GMF des Basques contribue à diminuer la pression sur la 2e ligne avec une des meilleures performances en province pour un taux d'hospitalisation de 70/1000.

> UMF

- Clientèle active dont trois nouveaux résidents au 1er juillet 2011 et quatre anciens résidents
- Diplômés : trois graduations en 2011
- Clientèle de passage : quatre résidents en stage région, huit externes, deux résidents en stage de probation, une stagiaire infirmière IPS-SPL, une stagiaire en médecine pendant l'été (Sarros).

- Formation
  - Soixante et un cours d'enseignement programmés, seize présentations scientifiques midi, seize dîners-conférences
  - Un DCC a été élaboré par Dr Beaulieu en collaboration avec deux résidents. Ce DCC sera utilisé par toutes les UMF du réseau Laval
  - Un jumelage a été fait avec l'UMF de Lévis pour un cursus partagé douze mois - douze mois (Tandem UMF Lévis Trois-Pistoles)
  - L'UMF a changé de nom pour devenir « UMF de Trois-Pistoles »
  - Un contrat de collaboration a été signé entre les quatre directeurs généraux du KRTB concernant le fonctionnement et les budgets de l'UMF

- L'entente de service a été renouvelée avec le recteur de l'université Laval pour cinq ans.

> Urgence

- Φ On compte 15 000 visites annuelles
- Φ Des simulations de cas ont été effectuées afin de conserver et améliorer les réflexes du personnel lors de situations critiques
- Φ Un nouveau mannequin a été acquis afin de rendre le plus réaliste possible ces simulations pratiques
- Φ Une entente de service a dû être mise en place avec le CSSS de Rivière-du-Loup en raison de pénurie de personnel au laboratoire afin de poursuivre nos activités à l'urgence.
- Φ CHSLD
- Φ Participation à diverses tables dont celle du consortium PPALV pour la réorganisation des services aux personnes âgées, d'autres sur la qualité des soins en lien avec l'application des ordonnances collectives et la pharmacie et au PDCI pour la restructuration du CHSLD
- Φ Visite d'un CHSLD montréalais, pour partager la culture de soins et l'organisation du travail.

> SAD

- Φ L'établissement ayant réorganisé le service des soins à domicile, l'équipe médicale utilise les nouvelles règles d'orientation de la clientèle dans un guichet « unique » et applique les nouveaux critères d'admissibilité.

EFFECTIFS MÉDICAUX AU CSSS DES BASQUES

Deux médecins français sont arrivés au CSSS des Basques à l'été 2011. Ce sont les docteurs Nicolas Manzini et Raphaël Streiff qui ont obtenu leur permis de travail au Québec. Docteure Isabelle Lemay a rejoint l'effectif médical à titre de membre actif ce qui a fait trois nouveaux médecins. Un départ, Dre Marjolaine Nicolas.

5E ANNIVERSAIRE DE L'UMF

L'UMF du CSSS des Basques a fêté, le 27 mai 2011, son cinquième anniversaire d'existence. Celui-ci a été souligné par l'organisation d'une fête regroupant les principaux partenaires qui ont fait en sorte que l'UMF voit le jour.

LA PRÉSENCE SCIENTIFIQUE DU KRTB

L'UMF du KRTB s'est démarquée lors du sixième congrès scientifique en médecine qui a eu lieu à Québec les 19 et 20 mai 2011 et a été au cœur même des activités en animant divers ateliers. Pour sa part, le docteur Denis Beaulieu a présenté une conférence portant sur l'insuffisance rénale. D'autres médecins, tels que les docteurs Déziel, Gougoux et Drouin ont animé différents ateliers à cet important congrès provincial.

DOSSIERS PRIORITAIRES POUR L'ANNÉE 2012-2013

> Recrutement médical

> Informatisation et numérisation des dossiers

#17 [rapport du comité de pharmacologie]

RÉALISATIONS DE L'ANNÉE

En raison de diverses circonstances au département de pharmacie (voir rapport annuel du département) et des horaires chargés des médecins, les membres du comité de pharmacologie se sont réunis une seule fois durant la dernière année.

Au cours de cette réunion, nous avons discuté entre autres de différents points concernant les normes d'Agrément Canada, de différentes problématiques concernant la rédaction et l'interprétation des ordonnances et de la sécurité par rapport aux médicaments écrasés. Nous avons aussi réalisé certains travaux supplémentaires en dehors des réunions officielles.

Nous nous sommes également attardés à des discussions entourant le circuit du médicament, notamment les étapes en lien avec l'émission des ordonnances. Toutefois, le projet touchant l'implantation conjointe avec le CSSS de Rivière-du-Loup de SARDM (Système automatisé et robotisé des médicaments) aura des impacts majeurs sur le « circuit du médicament » et sur la sécurité des usagers.

Pour l'année à venir, ce projet nécessitera entre autres une harmonisation du formulaire de médicament et des discussions sur des protocoles conjoints avec notre partenaire.

Une fois le projet implanté, un pharmacien du CSSS de Rivière-du-Loup sera invité à siéger au comité de pharmacologie du CSSS des Basques.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Julie BÉLANGER, pharmacienne
Docteure Annie CHARBONNEAU
Docteur Denis BEAULIEU

#18 [rapport du comité de révision de l'acte médical]

Au cours de la dernière année, le comité formé des médecins Céline Bordeleau, Annie Boulianne et Annie Charbonneau s'est réuni à quatre reprises.

L'analyse des dossiers de patients décédés au cours de l'année 2010-2011 n'a pu être complétée; aucun rapport n'a donc été produit. Le peu de disponibilité de l'archiviste ainsi que son départ au cours de l'année expliquent en partie le retard dans l'analyse des dossiers. Le prochain rapport sera donc produit conjointement pour les années 2010 à 2012.

Par ailleurs, dans un souci de formation à l'ensemble de ses membres, le comité a présenté une formation sur le syndrome du choc toxique en juin dernier.

Un projet d'évaluation de l'acte médical a été présenté par une résidente, Dre Émilie Lavallée sur le dépistage de l'ostéoporose chez les hommes au CSSS des Basques.

Pour l'année à venir, le comité compte se pencher sur l'analyse des cas de thrombolyse à l'urgence.

MEMBRES DU COMITÉ

Docteure Annie BOULIANNE
Docteure Céline BORDELEAU
Docteure Annie CHARBONNEAU
Docteure Émilie LAVALLÉE

#19 [rapport du conseil des infirmières et infirmiers (CII)]

Le CECII est un comité consultatif qui représente ses membres aux différents comités de l'établissement en lien avec l'implication et le pouvoir de recommandations des membres. Des représentants de notre instance ont participé à différents comités :

> Comité de la Loi 90

> Comité de santé et sécurité au travail

> Comité consultatif de pilotage ordonnance collective OC

> Comité de prévention des infections

> Comité de gestion des risques

> Commission infirmière régionale

> Comité implantation soutien à domicile.

Les ordonnances collectives qui ont été approuvées par le CMDP en 2011 sont notamment :

> OCD-07 : Initier une mesure diagnostique : dépistage de nouveaux cas d'asthme UMF/GMF, scolaire

> OCD-08 : Initier une mesure diagnostique : suivi de la clientèle asthmatique, UMF/GMF, scolaire

À l'automne, des rencontres ont eu lieu avec les pharmacies communautaires et depuis janvier 2012, certaines ordonnances collectives (OCM-01, OCM-02, OCM-09) sont acceptées par les pharmaciens de notre région, d'autres ordonnances seront acceptées sous peu.

> Soutien au CECIIA pour la visite de l'OIIAQ à l'automne 2011

> Recommandation sur la formation d'un comité de soins palliatifs

> Recommandation sur la prévention des infections

> Recommandation sur l'organisation du travail au CHSLD.

> Prévention des infections

> RCR

> Sécurité des usagers (contention)

> Sécurité des usagers (prévention des chutes et suivi post-chute)

> Notes au dossier et médecine transfusionnelle.

Le plan d'amélioration – Année 2 comprenait les éléments suivants :

> Évaluation du risque des plaies de pression

> Contentions.

> S'assurer de l'évaluation annuelle de chaque infirmière par leur supérieur immédiat

> Formation interne

> Création d'un tableau afin de distinguer les tâches des infirmier(e)s et infirmier(e)s auxiliaires selon la Loi 90

> Augmenter la visibilité du CECII à l'intérieur du CSSS.

Finalement nous tenons à souligner la formation du BCM (bilan comparatif médicaments) donnée en CHSLD en septembre ainsi que sa mise en application.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Marie-Pier GAGNON, présidente par intérim
Madame Georgette TREMBLAY, vice-présidente secteur sud
Madame Diane LEPAGE, vice-présidente secteur nord
Madame Mélissa DUBÉ, secrétaire
Madame Thérèse GAGNON, présidente du CIIA

#20 [rapport du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)]

RÉALISATIONS DE L'ANNÉE

Le comité s'est rencontré en réunion régulière à 6 reprises durant l'année; de plus, une assemblée d'information tenue le 28 septembre 2011 où 14 membres étaient présents ainsi que la directrice des soins infirmiers et la conseillère en évaluation de la qualité des soins, en prévision de la visite de l'OIIAQ.

- Définition des rôles
- Discussion et information sur la visite de l'OIIAQ
- Suivi au plan d'action
- Règlements CIIA révisés pour présentation au CECII le 6 mars 2012 pour présentation à l'AGA et adoption
- Capacité légale et champ de pratique de l'infirmière auxiliaire
- Les activités réservées
- En octobre, présentation stratégique 2010-2015 par la directrice générale. On y retrouve la mission, la vision et les valeurs organisationnelles, la gestion des ressources humaines et les orientations stratégiques sur le plan d'offre de service et le plan administratif.
- Rencontre avec les inspecteurs de l'OIIAQ, la directrice générale, la directrice des soins infirmiers et la conseillère en évaluation de la qualité des soins le 18 octobre 2011 avant la visite de surveillance
- Bilan comparatif du médicament
- Rapport du comité d'inspection professionnelle de l'OIIAQ
- Article dans le journal « Communications » à chaque parution
- Visite ministérielle le 8 février 2012.

- Politique et procédure – Développement académique cadre et relève cadre
- Politique – Formation et développement de la main-d'œuvre
- Appréciation du rendement du personnel
- Règlements d'application des mesures de contrôle, de contention et d'isolement et Prévention des infections.

- Formation – Sécurité des usagers
- Formation – Prévention des infections
- Suivi – Notes au dossier
- Suivi – Prévention des chutes
- Formation – Vac thérapie
- Formation – Soins de plaie

> Conférence régionale sur l'asthme, le 27 septembre 2011/10 infirmières auxiliaires présentes

> Formation continue donnée par l'OIIAQ.

> Gestion des risques et prévention des infections

> Santé et sécurité au travail

> Loi 90

> CECII

> AMDEC circuit du médicament

> Projet clinique

> Comité de standardisation

> Conseil d'administration par la représentante du conseil multidisciplinaire et du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires depuis février 2012.

L'année 2011 s'est déroulée sous le signe du changement et de l'adaptation pour l'ensemble du personnel.

> Décompte des narcotiques à chaque quart de travail sous la responsabilité des infirmiers et infirmières auxiliaires

> Abolition de la carte fiche remplacée par un plan de travail et traitement

> Fermeture de la Villa Dubé avec le transfert des résidents et du personnel (septembre 2011)

> Rapport interservices

> Alternance des infirmières auxiliaires/quart de nuit (janvier 2012)

> La possibilité du non-renouvellement du contrat PPP (mars 2012)

> Possibilité d'ouverture SAD - secteur nord.

DOSSIER À PRIORISER POUR L'ANNÉE 2012-2013

Réalisation du plan d'action émis par l'OIIAQ suite à la visite d'inspection professionnelle

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Thérèse GAGNON, présidente
Madame Patricia LEBEL, vice-présidente
Madame Véronique BERNIER, secrétaire
Madame France ROUSSEL, administratrice
Madame Renée-Claude THIBODEAU, administratrice
Madame Mélanie THIVIERGE, conseillère en évaluation des soins infirmiers

#21 [rapport du Conseil multidisciplinaire (CM)]

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Le comité exécutif a tenu six réunions régulières au cours de la dernière année. Une assemblée générale spéciale a été convoquée le 28 février 2012 afin de combler le siège devenu vacant.

Suite aux suggestions des membres lors de la dernière assemblée générale annuelle du 26 avril 2011, un plan d'action a été élaboré pour répondre aux préoccupations suivantes :

> Améliorer la communication entre les membres du conseil multidisciplinaire et le comité d'implan-tation des soins à domicile
> Obtenir une mise à jour des démarches de l'agrément
> Soutenir la politique de formation
> Améliorer nos connaissances face aux risques psychosociaux
> Dynamiser le conseil multidisciplinaire et augmenter sa visibilité
> Informer nos membres sur les travaux du comité d'implantation du plan d'organisation
> Participer à l'amélioration de la confidentialité aux archives
> Améliorer la communication avec les autres instances.

> Comité de gestion des risques et prévention des infections
> Comité d'implantation du plan d'organisation 2010-2013.

En plus de dynamiser et augmenter la visibilité du conseil multidisciplinaire, des actions rattachées au plan d'action furent réalisées :

Suite à une rencontre avec le conseiller aux ressources matérielles, des rappels par courriel seront transmis aux 6 mois auprès de tous les employés qui utilisent les stationnements inadéquatement et un avis est déposé dans le pare-brise des contrevenants.

Discussion avec le conseiller aux ressources matérielles sur le projet d'agrandissement du stationnement; ce dernier nous confirme que l'étude est terminée (étude des coûts pour la guérite des employés, l'emplacement et le guichet payant à l'intérieur de l'établissement).

Suite à des constats concernant des employés qui persistent à fumer à l'intérieur du périmètre autorisé, en accord avec le conseiller aux ressources matérielles, nous devons transmettre les noms des récalcitrants afin que ceux-ci soient rencontrés par leur gestionnaire.

Un courriel fut transmis au conseiller aux ressources matérielles à l'effet que la porte de la

salle de pause demeure fermée afin d'assurer la confidentialité; une note de service fut envoyée à tous les employés. Suite au message, nous avons remarqué une amélioration. Par contre, nous demeurons vigilants, car il arrive encore parfois que la porte demeure ouverte.

Une lettre fut transmise au gestionnaire des archives afin de nous informer des étapes à venir au sujet des travaux dans ce secteur. Nous avons soulevé des problématiques et nous souhaitons que la situation se résorbe afin d'améliorer le travail de tous. Un comité de travail est présentement en place afin de réorganiser le service des archives.

De plus, notre comité a été consulté sur :

> Politique et procédure – Développement académique cadre et relève-cadre

> Politique et procédure – Formation et développement de la main-d'œuvre

> Politique et procédure – Mesures de contrôle, de contention et d'isolement et programme de prévention des chutes et des blessures associées.

Suite à la lecture de ces documents, des recommandations et des commentaires furent transmis aux gestionnaires concernés :

> Une recommandation fut émise à la direction générale concernant la dotation du poste de psychologue dans l'équipe Adulte/Santé mentale

> Une présentation du bilan de l'actualisation de la planification stratégique 2010-2015 par la directrice générale en lien avec la mission, la vision et les valeurs organisationnelles, la gestion des ressources humaines et les orientations stratégiques

> Une réflexion sur la gestion des risques psychosociaux par la direction générale

> Lettre transmise à la direction générale concernant les problématiques vécues au service des archives

> Lors du processus des élections des administrateurs du conseil d'administration de tous les établissements de santé du Québec, l'automne dernier, nous apprenions l'existence du jumelage des sièges du conseil multidisciplinaire et du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires. Lors du processus de désignation, une seule candidature a été déposée et ainsi la présidente du CIIA a été désignée sans élection pour représenter le conseil multidisciplinaire au sein du conseil d'adminis-tration pour les 4 prochaines années en plus de l'instance à laquelle elle appartient

> Une consultation d'une ébauche du dépliant d'évaluation pour les usagers par le comité des usagers du CSSS des Basques par la directrice générale. Des commentaires et des recommandations ont découlé de celle-ci

> Une lettre d'appui a été transmise à l'instance CPAS concernant des déchets cliniques retrouvés dans les cabarets

> Pour assurer un service de qualité, un avis écrit a été émis au gestionnaire concerné afin que l'horaire de la secrétaire responsable du renouvellement des cartes d'assurance-maladie et les prêts d'équipement soient affichés sur sa porte.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire espère avoir accompli son mandat de façon satisfaisant suite aux attentes émises par les membres ainsi que la direction générale. Le conseil exécutif du conseil multidisciplinaire est soucieux et responsable de l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres et de la qualité des soins offerts à la clientèle de la MRC des Basques.

DOSSIERS À PRIORISER POUR L'ANNÉE 2012-2013

Nous poursuivons le plan d'action élaboré en 2011-2012. Les priorités sont :

> Amélioration de la communication entre les membres du conseil multidisciplinaire, le comité d'intensification du SAD et les autres instances

> Obtention d'une mise à jour des démarches d'agrément

> Recherche de solutions afin de soutenir la politique de formation

> Amélioration des connaissances face aux risques psychosociaux

> Dynamisation et augmentation la visibilité du conseil multidisciplinaire

> Participation à l'amélioration la confidentialité aux archives.

À travers les différentes priorités, le comité exécutif se penchera principalement sur les risques psychosociaux cette année. La direction générale nous a demandé d'effectuer éventuellement un cadre de référence à ce sujet. Le conseil multidisciplinaire sera porteur du dossier.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Hélène BÉLANGER, présidente
Madame Pascale MORAIS, vice-présidente
Madame Nadia APRIL, secrétaire
Madame Anne-Marie CHAREST, administratrice
Monsieur Mikaël GAUVIN, administrateur (jusqu'au 9 février 2012)
Madame Julie CHARRON, administratrice (depuis le 28 février 2012)
Madame Luce LEPAGE, cadre désignée

#22 [rapport du comité de gestion des risques et de la qualité]

La raison d'être du comité de gestion des risques est de rechercher, développer, promouvoir des moyens visant à :

> Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers

> S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime ou ses proches

> S'assurer de la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander la prise de mesures visant à prévenir la récurrence des incidents et accidents

> Déposer un rapport annuel au conseil d'administration

- Établir annuellement des objectifs en lien avec son rôle dans l'organisation
- Faire la promotion de la sécurité des soins et des services offerts
- Apporter son soutien aux intervenants dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers
- Travailler de concert avec les comités partenaires notamment le comité de prévention et de contrôle des infections, le comité des actifs informationnels, le comité des mesures d'urgence, etc.

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Pour exercer son mandat, le comité de gestion des risques a tenu cinq réunions, en conformité avec le règlement du conseil d'administration sur le fonctionnement du comité de gestion des risques. Un taux de participation de 83 % est noté quant à la présence des membres du comité.

Principalement, l'objectif visé pour l'année 2011-2012 par le comité de gestion des risques était de poursuivre son suivi des recommandations issues de l'AMDEC sur le circuit du médicament et de s'assurer d'une diminution des erreurs.

Des travaux d'appropriation ont été effectués sur le logiciel SISSS pour enrichir les données statistiques en gestion des risques et permettre une analyse plus fine. Un nouveau format de présentation a été introduit et le développement se poursuit pour bien répondre à la reddition de compte au registre national.

Au total, 853 déclarations d'incidents et accidents ont été enregistrées cette année avec une moyenne de 65 déclarations par période.

Les chutes (44 %) et les erreurs de médicaments (22 %) demeurent les événements les plus fréquemment déclarés. À noter que pour les chutes, seulement deux ont conduit à une hospitalisation, l'une d'elles a entraîné une conséquence permanente pour la personne. Pour ce qui est des déclarations liées aux médicaments, une personne a dû avoir une prolongation de son hospitalisation.

Considérant que le nombre de déclarations est relativement stable, nous croyons qu'une véritable culture de sécurité prend forme au CSSS des Basques.

Concernant les événements sentinelles, l'une des activités du comité est de s'assurer que des enquêtes approfondies soient faites et que des mesures de prévention de la récurrence soient identifiées. Ainsi, un rapport synthèse de l'événement est produit et des recommandations sont émises au gestionnaire du programme concerné.
Lorsque requis, un suivi par l'équipe psychosociale est offert à l'usager et aux proches.

Tout au long de l'année, des mesures ont été prises pour assurer une surveillance étroite des infections nosocomiales. Différentes mesures de suivi ont été mises en place notamment :

- Élaboration d'une feuille de suivi pour dépister les états grippaux en CHSLD
- Mise en place d'un dépistage systématique pour le ERV et mesures d'isolation immédiate appliquées
- Formation sur la prévention des infections en cours à l'urgence et en CHSLD
- État de situation régulier sur la présence de grippe et de gastro-entérite.

Considérant la taille du CSSS des Basques, le comité de gestion des risques bénéficie d'une collaboration étroite avec le comité de prévention des infections. Les rencontres se déroulent dorénavant la même journée. Le dossier « zones grises » sera prioritaire pour la prochaine année.

C'est avec une certaine fierté que nous vous présentons les résultats issus des moyens déployés par le comité de gestion des risques. D'emblée, nous n'avons connu au CSSS des Basques ni d'éclosion de grippe (influenza), ni de cas de gastro-entérite pour les résidents (toutefois deux cas ont été diagnostiqués chez le personnel) et aucun cas de C difficile et aucun résultat positif ERV.

Le comité de gestion des risques amorce l'année 2012-2013 sous le signe de la consolidation des changements et de poursuivre ses actions préventives pour diminuer les risques de chutes et les erreurs de médicaments et les risques d'agression entre les résidents et faire de la sécurité un élément primordial d'une gestion intégrée de la qualité pour tous les gestionnaires.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Nicole BEAULIEU, représentante du comité des usagers
Madame Henriette OUELLET, représentante du CIIA
Madame Mélanie THIVIERGE, représentante du CII
Madame Pascale MORAIS, représentante du CM
Docteure Danielle CADRIN, représentante du CMDP
Monsieur Serge JACQUES, représentant des services techniques (mai à décembre 2011)
Madame Nathalie DUMONT, infirmière, gestionnaire de risques (mai à décembre 2011)
Madame Andrée MICHAUD, représentante des services techniques (7 – 31 mars)
Madame Élizabeth LAVOIE, gestionnaire de risques (7-31 mars)

#23 [rapport annuel du comité du personnel adminis tratif et de soutien]

RÉALISATIONS DE CETTE ANNÉE

Le Conseil du personnel administratif et de soutien technique (CPAS) a vécu sa première année d'existence depuis l'adoption des règlements de régie interne du CPAS le 10 mars 2011.

Compte tenu d'une très courte existence, nous n'avons pas cru nécessaire de convoquer les membres pour une assemblée générale annuelle en 2011, mais avons opté pour installer un kiosque d'information lors de la « Semaine du personnel administratif et de soutien » afin de présenter notre instance. Nous avons obtenu l'aide du conseil multidisciplinaire et du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires qui ont bien voulu être présents à notre kiosque. Nous en avons profité pour distribuer notre dépliant.

Le CPAS a été fondé afin de répondre à notre clientèle qui est, somme toute, la plus importante en effectifs au niveau du personnel, toutes catégories confondues. Il est dans la même lignée que les autres instances professionnelles, soit : le CMDP, le CM, le CII et le CIIA.

Beaucoup de nos membres ignorent encore notre existence et ceci demeure un point important de notre plan d'action. Nous devrons insister sur l'importance de pouvoir répondre aux diverses demandes de consultations de la part de la direction générale ou des autres instances qui nous interpellent à l'occasion. Nous aussi devons avoir notre mot à dire sur différentes décisions ou pour demander l'appui des autres instances pour porter à l'attention de la direction ou autre situation pouvant causer préjudice. Nous devons sensibiliser nos membres qu'ils peuvent faire une différence.

L'exécutif s'est rencontré à 4 reprises. Lors de nos rencontres, le comité a échangé sur différents sujets et problématiques. Ainsi, nous avons répondu aux consultations suivantes :

> Plan d'organisation 2011-2013

> Politique de formation et de développement de la main-d'œuvre

> Règlement sur les mesures de contention et d'isolement

> Nouvelle procédure sur la gestion des stationnements

> Planification stratégique.

Un de nos administrateurs nous a représentés au comité du Plan d'organisation 2010-2013. Lors de la rencontre du 28 mars dernier, il nous en a fait rapport.

Nous remercions madame Dominique Perrier qui a très bien su nous représenter à titre de présidente de mars 2011 à janvier 2012. Au cours de cette période, elle est intervenue à plusieurs reprises auprès de la directrice des soins infirmiers et gestionnaire de risques, relativement à la présence de déchets cliniques dans les cabarets retournés aux cuisines. Des affiches ont été placées aux endroits stratégiques. Un suivi auprès du personnel de la cuisine a été fait et devra se poursuivre puisque la situation semble toujours récurrente.

Un contact a été fait pour une demande d'intervention rapide concernant une situation à risque au 3e étage. Là également, nous devrons poursuivre nos interventions.

Pour l'année 2012-2013, nous reconduisons notre plan d'action et comptons intensifier nos actions. Nous souhaitons une plus grande stabilité dans notre exécutif ainsi que l'appropriation de leur instance par nos membres. Nous les invitons à nous faire part de problèmes et situations qui pourraient survenir afin de trouver ensemble des pistes de solution qui pourront aider à améliorer de façon continue les services auprès des usagers.

DOSSIERS À PRIORISER POUR L'ANNÉE 2012-2013

- Information sur le CPAS : aux nouveaux membres et création du réflexe d'interaction entre les membres et leur exécutif ainsi qu'avec les autres instances professionnelles
- Élimination de présence de déchets cliniques dans les cabarets
- Diminution des situations à risque chez le personnel soignant (particulièrement le personnel œuvrant au 3e étage en soins de longue durée)
- Sensibilisation de tous les médecins, les gestionnaires et le personnel au respect du travail du personnel administratif.

MEMBRES DU COMITÉ

Madame Dominique PERRIER, présidente (jusqu'en janvier 2012)
Madame Danielle BABINEAU, vice-présidente
Monsieur Laval OUELLET, secrétaire
Monsieur Daniel CÔTÉ, responsable des communications
Monsieur Sébastien SIROIS, officier
Madame Katleen LEBEL, officière

Mesdames Claudia Mercier et Andrée Michaud ont cumulé à tour de rôle le poste de représentante de la direction générale.

#24 [rapport de la Fondation du RSSS des Basques]

Dans le but de bonifier et de diversifier l'aide financière qu'elle apporte au CSSS des Basques, la Fondation du Réseau de Santé et de services sociaux des Basques a autorisé au cours de cette année diverses demandes touchant comme à l'habitude divers achats d'appareils médicaux et elle a autorisé d'autres projets provenant d'autres secteurs de soins et de services du CSSS des Basques, tels l'ergothérapie, la physiothérapie, les soins pour la clientèle pédiatrique, la zoothérapie, etc.

Également au cours de l'été 2011, le comité organisateur du Tournoi de golf annuel de la Fondation qui s'est tenu le 15 juin 2011, sous la Présidence d'honneur de la Pharmacie Familiprix de Trois-Pistoles, a permis d'amasser la coquette somme de 32 000 $, montant qui a été remis en totalité à la Fondation.

Le président du conseil d'administration, monsieur Réal McNicoll s'est dit très heureux de la nouvelle orientation de la Fondation visant à apporter un soutien financier à un plus grand nombre de secteurs et services du CSSS des Basques.

MEMBRES DU COMITÉ

Monsieur Réal MCNICOLL, président
Monsieur Marc-André THÉRIAULT, secrétaire-trésorier
Monsieur Raynald RIOUX, représentant conseil d'administration du CSSS des Basques
Dre Annie Charbonneau, représentant CMDP
Monsieur Lorenzo BEAULIEU, administrateur
Monsieur Jean-Louis D'AMOURS, administrateur
Monsieur Hector JEAN, administrateur
Madame Rachel MALENFANT, administratrice
Monsieur Gérald PELLETIER, administrateur
Monsieur Gervais ROULEAU, administrateur
Monsieur Roger TREMBLAY, administrateur
Madame Line MOISAN, directrice générale
Madame Luce Lepage, représentante cadres CSSSB

#25 [code d'éthique et de déontologie des administrateurs]

« L'éthique cherche à guider l'action humaine pour le mieux-être de l'humanité »

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CSSS des Basques s'appuie sur les valeurs inscrites de l'établissement, de même que sur les obligations et devoirs précisés dans les textes de Loi : la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., C.S.-4.2) et la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., C.M.-30).

L'éthique réfère à une manière d'agir qui fait appel à la créativité, à la responsabilité et à la réflexion sur la conduite humaine ainsi que sur les valeurs qui l'alimentent. Ainsi, les pratiques administratives du conseil d'administration trouvent leur sens et leur légitimité en s'appuyant sur les valeurs inscrites au code d'éthique de l'établissement, mais également sur les valeurs de gestion : le respect, la collaboration, la coresponsabilité, la rigueur, la cohérence et la transparence constituant autant de balises susceptibles de guider chaque prise de décision.

Dans cette optique, les membres du conseil d'administration du CSSS des Basques s'engagent à centrer leurs décisions et leurs actions sur la satisfaction des besoins, en matière de santé et de bien-être, de l'ensemble des clientèles desservies, de même que sur une offre de service accessible, intégrée et de qualité, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement et en conformité avec les orientations nationales et régionales.

Le présent document regroupe sous les rubriques de la conduite éthique et des règles de déontologie, l'ensemble des responsabilités que se reconnaissent les administrateurs du CSSSB.

« Les principes éthiques comportent un certain nombre d'engagements reliés aux relations entre les personnes, au bon déroulement des réunions et à la divulgation de l'information »

Œuvrer dans le respect de l'établissement

- Je me familiarise avec l'énoncé de la mission du centre, ses objectifs, sa constitution, ses règlements et ses politiques afin de remplir les tâches associées à mes fonctions avec pleine conscience des priorités du CSSS telles qu'elles sont formulées par le conseil

Œuvrer dans le respect des personnes

- J'agis de façon courtoise et de bonne foi de manière à préserver la confiance et la crédibilité reliées à ma fonction
- Je reconnais que les autres peuvent avoir des idées différentes
- Je m'efforce de comprendre le point de vue des autres
- J'évite toute forme de discrimination
- J'assume mon rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et de l'établissement

Œuvrer avec honnêteté et intégrité

- J'agis avec loyauté et intégrité envers les membres du conseil d'administration
- Je m'abstiens d'engager le conseil d'administration ou la direction, à moins d'y avoir été mandaté expressément
- J'accueille positivement et je partage les informations permettant d'améliorer les interventions et le travail du groupe
- Je favorise les consensus et je recherche les terrains d'entente
- J'assiste aux réunions du conseil d'administration et prends une part active aux discussions
- Je m'oblige à prendre position sur toute proposition lorsque le vote est requis
- Je m'implique dans les activités de formation et d'information touchant mon rôle et ma fonction
- Je fais preuve d'un sens profond de solidarité. Je peux m'abstenir de voter, voire même enregistrer ma dissidence sur toute décision prise par le conseil d'administration, mais par la suite, je me fais un devoir et une obligation de tenir des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.

Œuvrer avec discrétion et en préservant la confidentialité

- Je fais preuve de rigueur et de prudence et je m'assure de livrer une information pertinente et vérifiable
- Je m'abstiens de communiquer des renseignements protégés en vertu de la Loi sur l'accès à l'information ou d'une décision confidentielle du conseil d'administration
- Je préserve la confidentialité des débats, échanges et discussions pendant et après l'expiration de mon mandat, et j'évite de donner des informations dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement ou constituer une atteinte à la vie privée.

Exercer ses fonctions de façon objective

- Je dois dissocier de l'exercice de mes fonctions la promotion et la pratique d'activités professionnelles ou d'affaires
- Je dois faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Je dois transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'établissement

- Je dois éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de mes fonctions
- Je dois éviter toute situation où il y a apparence de conflit d'intérêts, même s'il n'y a aucun conflit d'intérêts réel
- Je ne peux avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise, une association ou un projet qui met en conflit mon intérêt personnel et les devoirs de mes fonctions. Si je me crois susceptible d'être en conflit d'intérêts, je dénonce par écrit mon intérêt au président du conseil d'administration et je m'abstiens de siéger et de participer à toute délibération ou décision, lorsqu'une question portant sur le sujet de mon intérêt est débattue
- Je ne peux rechercher, pour moi ou mon entourage, des avantages personnels dans l'exercice de mes fonctions. Je reconnais que mon statut ne me donne aucun pouvoir ou privilège particulier autre que ceux dont je suis investi dans le cadre des travaux du conseil dont je suis membre
- Je dois m'abstenir de solliciter ou d'accepter d'une personne, de même que de verser ou de m'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité et la loyauté dans l'exercice de mes fonctions
- Je dois refuser toute somme ou avantage direct ou indirect de quiconque, hormis les activités de représentation prévues par la Loi
- Le président du conseil d'administration qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire du conseil d'administration et se démettre de ses fonctions.

- Tout manquement ou omission concernant les principes éthiques et les règles de déontologie définies dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction
- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration
- Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie
- Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête
- Les personnes désignées doivent adresser un rapport confidentiel au président ou au vice-président du conseil d'administration
- Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé d'administrateurs qu'il désigne

- Le président notifie à l'administrateur les manquements reprochés, la référence aux dispositions législatives et à celles du code d'éthique et de déontologie, de même que la sanction qui peut lui être imposée. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les 7 jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu relativement aux manquements reprochés
- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le président du conseil d'administration impose une sanction à l'administrateur concerné
- La sanction peut consister en une réprimande, une suspension ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation
- Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

L'établissement rend accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande, et en assure la publication dans son rapport annuel de gestion.

L'établissement fixe, à un maximum de 4 années, l'échéancier du processus d'actualisation du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration. Il peut être, en tout temps, modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration.

L'adhésion aux valeurs et aux règles inscrites au code d'éthique et de déontologie des administrateurs traduit la motivation des membres du conseil d'administration à atteindre des standards élevés dans l'administration de l'établissement pour le meilleur intérêt de ce dernier, de la population et des clients desservis.

La force d'impact de ce code réside, certes, dans l'engagement de chacun et surtout dans la volonté d'inscrire au cœur de son action, de façon continue, un souci éthique et humaniste.

#26 [liste des acronymes]

AMDEC	Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticitée
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
CA	Conseil d'administration
CECII	Comité exécutif des infirmiers et infirmières
CECIIA	Comité exécutif des infirmiers et infirmières auxiliaires
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier soins longue durée
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COA	Comité d'orientation et d'accueil
CSSB	Centre de santé et de services sociaux des Basques
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
DP	Directeur des programmes
DSI	Directeur des soins infirmiers
DSP	Directeur des services professionnels
GMF	Groupe de médecine de famille
KRTB	Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Basques
L.R.Q.	Loi refondue du Québec
LSSSS	Loi sur la santé et les services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
PACS	*Picture Archiving and Communication System*
PPALV	Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
PGMF	Programme groupe médecine familiale
POD	Lieu de distribution *Point of distribution*
PI	Plan d'intervention
PTI	Plan thérapeutique d'intervention
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RH	Ressources humaines
RI	Ressource intermédiaire
RSIPA	Réseau service intégré personnes âgées
SARA	Service ambulatoire radiologique accessible
RTF	Ressource type familiale
UMF	Unité de médecine familiale

#27 [cible de reddition 2011-2012 - Loi 100]

Voici les tableaux relativement à l'application de la Loi 100 mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars dernier et visant le retour à l'équilibre.

Québec

Établissement : CSSS des Basques

TABLEAU 1 - Plan de réduction sommaire

LOI 100
OBJECTIFS : 111 839 $

	Prévu au 31 mars 2012			Réalisé P-13 cumulatif			Plan revisé annualisé			Écart (annualité - prévu)		
Mesures de réduction :	Heures travaillées	Coûts	Coûts totaux	Heures travaillées	Coûts	Coûts totaux	Heures travaillées	Coûts	Coûts totaux	Heures travaillées	Coûts	Coûts totaux
Publicité	N/A	10 694 $			4 568 $			5 333 $			(5 361) $	
Inscription séjour	N/A	9 444 $			14 068 $			9 444 $			- $	
Congrès C.A.	N/A				- $			- $			- $	
Déplacement et congrès C.A.	N/A	4 900 $			- $			4 900 $			- $	
Formation	N/A	29 947 $	55 185 $	N/A	29 941 $	43 577 $	N/A	29 947 $	49 624 $	N/A	- $	(5 561) $
Plan de réduction des effectifs (à détailler au tableau 2)	-	- $	- $	763	20 949 $	20 949 $	763	20 949 $	20 949 $	763	20 949 $	20 949 $
Autres mesures (à détailler au tableau 3)	-	56 654 $	56 654 $	198	18 686 $	18 686 $	520	41 766 $	41 766 $	520	(15 388) $	(15 388) $
Mesures additionnelles (à détailler au tableau 4)	-	- $	- $	-	- $	- $	-	- $	- $	-	- $	- $
	Total		111 839 $			83 814 $			111 839 $			- $

PLAN D'OPTIMISATION
OBJECTIFS : 43 460 $ - AIDE NON RÉCURRENTE 21 730 $ = 21 730 $

	Heures travaillées	Coûts	Coûts totaux	Heures travaillées	Coûts	Coûts totaux	Heures travaillées	Coûts	Coûts totaux	Heures travaillées	Coûts	Coûts totaux
Mesures de réduction :												
Publicité	N/A										- $	
Inscription séjour	N/A										- $	
Congrès C.A.	N/A										- $	
Déplacement et congrès C.A.	N/A										- $	
Formation			- $	N/A		- $	N/A		- $	N/A		- $
Plan de réduction des effectifs (à détailler au tableau 2)	549	21 730 $	21 730 $	549	21 730 $	21 730 $	549	21 730 $	21 730 $	-	- $	- $
Autres mesures (à détailler au tableau 3)	-	- $	- $	-	- $	- $	-	- $	- $	-	- $	- $
Mesures additionnelles (à détailler au tableau 4)	-	- $	- $	-	- $	- $	-	- $	- $	-	- $	- $
	Total		21 730 $			21 730 $			21 730 $			- $

Agence de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent
Québec

TABLEAU 2 - Plan de réduction des effectifs

Établissement : CSSS des Basques

LOI 100

Titre d'emploi visé	Centre d'activités	Date effective de la mesure	Prévu au 31 mars 2012		Réalisé P-13 cumulatif		Plan révisé annualisé		Écart (annualisé - prévu)	
			Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts
Poste cadre aux archives (solde optimisation)	7533	01-06-2011			763	20 949 $	763	20 949 $	763	20 949 $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
Total			-	0 $	763	20 949 $	763	20 949 $	763	20 949 $

PLAN D'OPTIMISATION

Titre d'emploi visé	Centre d'activités	Date effective de la mesure	Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts
Alliance avec le Témiscouata	7305 - 7306	automne 2011	73	3 079 $	73	3 079 $	73	3 079 $	-	- $
Poste cadre aux archives (solde Loi 100)	7533	01-06-2011	476	18 651 $	476	18 651 $	476	18 651 $	-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
Total			549	21 730 $	549	21 730 $	549	21 730 $	-	0 $

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Québec

TABLEAU 3 - Plan de réduction des autres dépenses

Établissement : CSSS des Basques

LOI 100

Description de la mesure	Centre d'activités	Date effective de la mesure	Prévu au 31 mars 2012 Heures travaillées	Prévu au 31 mars 2012 Coûts	Réalisé cumulatif P-13 Heures travaillées	Réalisé cumulatif P-13 Coûts	Plan révisé annualisé Heures travaillées	Plan révisé annualisé Coûts	Écart (annualisé - prévu) Heures travaillées	Écart (annualisé - prévu) Coûts
Contrat pour le support informatique	7340	01-04-2011		2 405 $		3 422 $		7 966 $	-	5 561 $
Mesures urgence - services achetés	7320	01-04-2011		5 300 $		9 544 $		5 300 $	-	- $
Loi 100 (décortiqué par ligne)				46 949 $					-	(46 949) $
Temps supplémentaires et rappels	6600				127	3 611 $	395	22 000 $	395	22 000 $
Temps supplémentaires et rappels	6830				61	2 411 $	125	6 000 $	125	6 000 $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
Total			-	56 654 $	188	18 986 $	520	41 266 $	520	(15 388 $)

PLAN D'OPTIMISATION

Description de la mesure	Centre d'activités	Date effective de la mesure	Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts	Heures travaillées	Coûts
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
									-	- $
Total			-	0 $	-	0 $	-	0 $	-	0 $

#29 [ressources humaines de l'établissement]

Ressources humaines du CSSS des Basques			
Personnel détenteur de postes	*Exercice courant*	*Exercice précédent*	*Variation*
Personnel-cadre en date du 31 mars 2012			
Temps complet, nombre de personnes[1]	9	9	0
Temps partiel, nombre de personnes[1]	2	2	0
Équivalent temps complet	1	1	0
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	-	-	-
Personnel régulier en date du 31 mars 2012			
Temps complet, nombre de personnes[2]	78	85	(12)
Temps partiel, nombre de personnes[2]	104	106	(2)
Équivalent temps complet	86	87	(1)
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	2	-	2
Personnel non-détenteur de postes (occasionnels)			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	49 471	53 909	4 438
Équivalent temps complet[3]	27	30	(3)

[1] Note 1 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi
[2] Note 2 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi
[3] Note 3 : les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

#30 [annexes]

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.01.12-EG2 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	13	62,5	80,0	78,1	80,0	78,1
1.01.12B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,20	ND	NA		
1.01.12B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	0,67	ND	NA		
1.01.12B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,21	ND	NA		
1.01.12B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,14	ND	NA		
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AES)	13	25,0	66,0	50,4	Aug	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT Polio Hib dans les délais	13	75,0	75,0	100,0	75,0	100,0
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	66,0	75,0	88,0	75,0	88,0
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	13	63,5	75,0	84,6	75,0	84,6

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

1.01.12 Départ à la retraite de l'infirmière en périnatalité et remplacement par TPO

1.01.13 Méconnaissance du protocole de saisie statistique par les nouvelles intervenantes. Corrigé en fin d'année

1.01.15/1.01.16 Étant donné la petitesse de la masse critique, nos cliniques étaient espacées. Nous avons augmenté le nombre de clinique afin de respecter les délais. À noter que la majorité de nos enfants sont vaccinés à + ou – 2 à 3 semaines des délais

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.1 Santé publique- Prévention et controle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.01.11P-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.2 Services généraux - Activités cliniquesvet d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.02.03-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	377	200	188,5	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	5,46	4,41	76,3	ND	NA

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

1.02.03 Beaucoup de dossiers sont réglés en 1 à 3 rencontres par les intervenantes à l'accueil social qui fait du court terme planifié systémique

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.3 Perte d'autonomie liée au vieillissement

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.03-EQ1 Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	13	3,277	3,000	112,5	3,000	112,5
1.03.04-EQ1 Nombre moyen d'heures travaillées par jour présence en services professionnels dans les CHSLD	13	0,264	0,250	114,6	0,250	114,6
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	14412	ND	NA		
1.03.05.02-QD Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	13	470	ND	NA		
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	13	19,50	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ▨ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Indicateur 1.3.5.1 : Le nombre d'heures CES est comptabilisé à partir de la période 9 de l'année financière 2009-2010. l'information n'est pas disponible pour les périodes antérieures.

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.04.03-EQ1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	14	11	127,2	11	127,2
1.41.04.01-EQ1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS	13	203	ND	NA		
1.42.04.01-EQ1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	13	12,2	ND	NA		
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	93,8	90,0	104,1	90,0	104,1
1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	88,9	90,0	98,7	90,0	98,7
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	75,0	133,3
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	84,2	ND	NA		
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	75,0	ND	NA		
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	90,0	ND	NA		
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ▨ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	13	11	11	100,0	11	100,0
1.41.06.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	13	31	ND	NA		
1.42.06.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	13	7,1	ND	NA		
1.45.06.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS AGES - TOUTES PRIORITES	13	33,3	ND	NA		
1.45.06.02-PS Pourcentage des demandes de services traité en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS AGES - PRIORITE URGENTE	13	50,0	ND	NA		
1.45.06.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS AGES - PRIORITE ELEVEE	13	0,0	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ▨ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.07.06-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	6	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ▨ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus menant par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	6	7	85,7	18	33,3
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus menant par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	6,00	12,00	160,0	12,00	160,0
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 40 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	49	150	32,6	165	29,6
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ▨ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

1.08.05 Nouvel intervenant a comptabilisé pendant 5 mois ses interventions dans d'autres activités ponctuelles

1.08.09 N'ayant pas de psychologue, les clients 410 : ont été comptabilisés dans les services psychosociaux généraux (voir 1.02.02-EG1). C'est pourquoi qu'à l'intérieur de cet indicateur, le nombre d'usagers atteint 188,5 % de la cible

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.9 Santé physique- Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	9,19	11,00	116,4	12,00	123,3
1.09.03-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	11,97	11,00	91,2	13,00	100,2
1.09.04-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	7,62	ND	NA		0,0

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.9 Santé physique- Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	43	43	100,0	43	100,0
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	15,05	19,70	66,2	ND	NA

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

1.09.06-EG1 Nous avons eu beaucoup de diagnostics de chirurgie avec des longs délais de réhabilitation.

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.9 Santé physique- Chirurgie- Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,0	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.35.05-IEG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.06-IEG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.07-IEG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.08-IEG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.09-IEG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.01-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.36.02-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.03-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.04-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.05-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.06-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.07-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.08-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	0,0	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ▨ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.36.09-IEG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.01-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.37.02-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.03-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.04-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.05-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.06-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.07-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.08-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.09-IEG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ▨ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DES BASQUES(1104-3312)

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Rég. 2011-2012 (3)	% Rég. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	6,62	5,30	75,1	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	13	2,85	3,50	114,1	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	13	1,36	2,50	145,4	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement □ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

3.01-PS Les employés absents avaient une moyenne d'heure élevée ou détenaient des postes à temps complets.